

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação à pessoa com
Esclerose Múltipla

Ana Lúcia Tavares Pereira

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação à pessoa com
Esclerose Múltipla

Ana Lúcia Tavares Pereira

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Sá

Lisboa

2017



“Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos **gente**
que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana
e humanizadora.”

Deodato, 2015

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação

RCEEEER – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPQCEER – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

RESUMO

A Esclerose Múltipla é considerada uma patologia de perdas de diferentes funções, devido ao aparecimento de placas desmielinizantes na substância branca do neuro-eixo, que dependendo da sua localização e extensão provocam diferentes sintomas, podendo surgir em diferentes momentos e combinações.

Atendendo à sua complexidade, desenvolver intervenções de enfermagem de reabilitação para cuidar da pessoa com este diagnóstico tornou-se um desafio complexo, mas exequível, devido ao reconhecimento de competências ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação para conceber planos de cuidados individualizados com o propósito de manter e/ou maximizar a funcionalidade, capacitar as pessoas para desenvolver o seu potencial, prevenir complicações e, promover o conforto.

O percurso desenvolvido, ao longo do Ensino Clínico, teve como objetivo desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que permitam proporcionar conforto às pessoas com alterações neurológicas, preferencialmente com o diagnóstico de Esclerose Múltipla.

Sendo o conforto um estado resultante de intervenções autónomas de enfermagem, os planos de enfermagem de reabilitação concebidos, implementados e monitorizados tiveram como linha orientadora a Teoria do Conforto de Kolcaba. Estes tiveram repercussão na funcionalidade e conforto da pessoa e, permitiram a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Conforto, Enfermagem de Reabilitação, Esclerose Múltipla

ABSTRACT

Multiple Sclerosis is considered a pathology of losses of different functions, due to the appearance of demyelinating plaques in white substance of the neuro-axle, and what depending of its localization and extension, different symptoms provoke, being able to occur at different moments and combinations.

Answering to its complexity, developing nursing rehabilitation interventions to take care of persons with this diagnosis became a challenge, but achievable, due to the recognition of Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing abilities, to conceive individualized care plans with the intention to keep and/or to maximize the functionality, to enable persons to develop its potential, to prevent complications and, to promote comfort.

The developed path, throughout the Clinical Internship, had the purpose to develop common and specific skills of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, that allows to provide comfort to persons with neurological alterations, preferential with the diagnosis of Multiple Sclerosis.

Being comfort a resulting state of autonomous interventions of nursing, the conceived, implemented and monitored rehabilitation nursing care plans, had as guiding line the Theory of Comfort of Kolcaba. These had repercussion in the functionality and comfort of the person and, allowed the acquisition of skills of the rehabilitation nurse.

Keywords: Comfort, Rehabilitation Nursing, Multiple Sclerosis

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1 A intervenção do EEER para proporcionar conforto à pessoa com alterações neurológicas	14
2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
2.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	20
2.1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com alterações neurológicas	23
2.1.2. Concebe e implementa planos de cuidados individualizados, de modo a promover capacidades adaptativas, maximizando a funcionalidade e a autonomia	32
2.1.3. Ensina, demonstra e treina os cuidadores informais	44
2.1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas nas diferentes dimensões da pessoa	45
2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	47
2.2.1 Desenvolve uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	48
2.2.2 Desempenha um papel dinamizador na melhoria da qualidade e, cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico	50
2.2.3 Desenvolve capacidade de gestão de cuidados	53
2.2.4 Desenvolve autoconhecimento e assertividade e baseia a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento	54
3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	57

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Projeto de Estágio	
APÊNDICE II – Guia de avaliação neurológica	
APÊNDICE III – Monitorização da MIF	
APÊNDICE IV – O Humor nos cuidados de enfermagem	
ANEXOS	
ANEXO I - Estrutura Taxonómica do Conforto	
ANEXO II – Escala de Lower	
ANEXO III – Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	
ANEXO IV – Escala de Equilíbrio de Berg	
ANEXO V – Escala de Morse	
ANEXO VI – Escala de Braden	
ANEXO VII – Medida de Independência Funcional	
ANEXO VIII – Heteroavaliação do Ensino Clínico	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Guia teórico para a intervenção do EEER às pessoas com alterações neurológicas	19

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com a finalidade de descrever o percurso desenvolvido ao longo do Ensino Clínico (EC), de modo a demonstrar competências para adquirir o Título Profissional de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação e, visando a discussão pública para a obtenção do grau académico de Mestre.

Este relatório foi consubstanciado com um projeto desenvolvido na Unidade Curricular Opção II, no qual foram estabelecidas linhas orientadoras para o EC através da construção de objetivos gerais e específicos, da delineação de atividades para atingir os mesmos e, da definição de critérios de avaliação que compreendem aspetos que devem ser atingidos para evidenciar um desempenho profissional de qualidade na área da enfermagem de reabilitação. Este projeto pode ser consultado em Apêndice I.

O relatório desenvolvido tem como título: “A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla”.

Esta temática foi impulsionada por motivações pessoais¹ e, profissionais pelo facto da Esclerose Múltipla (EM) ser uma doença auto-imune, inflamatória, desmielinizante e degenerativa do Sistema Nervoso Central (SNC) (Thompson & Mauk, 2011), caracterizada pelo aparecimento de lesões dispersas na substância branca do neuro-eixo (Fontoura, 2010), que dependendo da sua localização e extensão provocam diferentes sintomas, que podem surgir em diferentes momentos e combinações (Newland, Flick, Thomas & Shannon, 2014). As diferentes funções da pessoa com EM podem ser afectadas em consequência dos défices de condução nervosa causados pelas placas desmielinizantes (Ray & Kavanagh, 2008; Alverzo & Ward, 2011).

As alterações causadas directamente pelos défices de condução foram classificadas por Alverzo & Ward (2011) como sintomas primários, os quais incluem: alterações na função motora - diminuição da força muscular, alterações do tónus

¹ O meu pai tem diagnóstico de Esclerose Múltipla, sendo das 6500 pessoas com este diagnóstico em Portugal e das 2,1 milhões pessoas no mundo (Sá, 2012).

muscular -; alterações na função cognitiva; alterações na função sensorial e dor; alterações na função intestinal e vesical - intestino e/ou bexiga neurogénica desinibida -; alterações na deglutição – disfagia -; alterações na comunicação – disartria -; ou alterações visuais – diplopia -, entre outras (Gender, 2011; Stevens, 2011).

Por outro lado, as complicações resultantes dos sintomas primários são descritas como sintomas secundários e, inserem-se neste grupo as quedas, as fraturas, as feridas, as úlceras por pressão e, a incapacidade para realização de atividades de vida diária (AVD) (Alverzo & Ward, 2011).

Os efeitos cumulativos e prejudiciais dos sintomas primários e secundários são classificados como sintomas terciários, nos quais são englobadas as dimensões psicológica, social, profissional e financeira (Alverzo & Ward, 2011).

Devido à singularidade e complexidade da pessoa com EM, desenvolver intervenções autónomas de Enfermagem de Reabilitação para cuidar destas tornou-se um desafio. No entanto, ostentando o EEER competências para desenvolver um plano de reabilitação com a finalidade de maximizar a funcionalidade, prevenir complicações, capacitar as pessoas para desenvolver o seu potencial e melhorar a qualidade de vida (Regulamento nº125, 2011), este pode desenvolver intervenções cruciais no processo terapêutico destas pessoas. Premissa validada por Khan, Turner-Stokes, Ng, Kilpatrick & Amatya (2011) após a realização de uma revisão sistemática da literatura – que inclui estudos de 1990 a 2011 -, na qual concluíram que a intervenção da equipa multidisciplinar de reabilitação permite maximizar a funcionalidade das pessoas com EM e, capacitá-las para a reinserção na sociedade.

Por outro lado, sendo a prescrição de exercício físico considerada uma intervenção autónoma do EEER (Alverzo & Ward, 2011), pode concluir-se que este pode influenciar a vida das pessoas com este diagnóstico, pois segundo Latimer-Cheung et al (2013) o exercício físico pode melhorar a capacidade de realizar AVD, a mobilidade, a fadiga e a qualidade de vida destas pessoas. Resultados constatados pelos autores após realizarem uma revisão sistemática da literatura – que inclui estudos anteriores a 2011.

Os efeitos da reabilitação na qualidade de vida nestas pessoas, foram também comprovados através de uma investigação realizada no Irão por Sangelaji, Hatamizadeh, Rashvand & Kazemnejad (2010), durante 3 meses, com 130 pessoas com EM, em que 65 destas se submeteram a um protocolo de reabilitação

multidisciplinar e, 65 integraram o grupo de controlo, no qual não realizavam reabilitação. Neste programa foi aplicado no início e no fim do protocolo o *Multiple Sclerosis Quality of Life* (MSQOL - 54), um instrumento de avaliação da qualidade de vida específico para a população com EM. Este avalia duas dimensões a saúde física e saúde mental através de 12 subescalas, em que após a implementação do protocolo apenas a subescala correspondente ao domínio cognitivo não aumentou a pontuação no grupo submetido a reabilitação, comparativamente com o grupo de controlo.

Silva (2010), afirma que a Reabilitação é uma disciplina importante para o controlo da EM, ressaltando que a concepção dos planos de reabilitação nestas pessoas se encontra dificultada pela variabilidade de alterações funcionais e pela imprevisibilidade da evolução da doença.

Deste modo, devido à complexidade da condição de saúde destas pessoas, é importante estruturar a intervenção do EEER, priorizando objetivos e fixando metas, para promover melhor a adesão ao plano terapêutico de reabilitação (Martinez-Assucena et al, 2010). Cada objetivo deve ser delineado em conjunto com a pessoa e de acordo com as suas necessidades e capacidades (Silva, 2010).

Para Alverzo & Ward (2011), o EEER no processo terapêutico da pessoa com EM deve ter como objetivos principais:

- implementar intervenções que promovam a manutenção e/ou maximização das capacidades funcionais, com o propósito de manter ou recuperar a independência funcional no desempenho das AVD;
- realizar treinos específicos de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, através do uso de produtos de apoio, prevenindo deste modo complicações, como quedas;
- capacitar a pessoa para a gestão da doença ensinando sobre o seu desenvolvimento, os sintomas que podem surgir e, o regime terapêutico;
- fomentar a relação terapêutica para que a pessoa exponha todas as suas dúvidas;
- instruir sobre estratégias de *coping*;
- promover o conforto.

Tal como a literatura vem reforçando, a Enfermagem de Reabilitação tem um impacto positivo na vida das pessoas com EM, o que sublinha a importância do desenvolvimento de competências para cuidar destas.

Tendo em consideração a realidade apresentada no XI Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (2014) que apenas 10% das pessoas com EM foram internadas durante o último ano, 29,7% frequentou um Centro de Medicina Física e Reabilitação, e somente 2,9% necessitam de reabilitação no domicílio (Martins & Cabrita, 2014), surgiu a hipótese de ao longo do EC não encontrar pessoas com tal diagnóstico, não sendo possível implementar o projecto concebido. Neste contexto, foi alargada a população alvo do projeto para todas as pessoas com alterações neurológicas.

Assim, de acordo com os pressupostos da Ordem dos Enfermeiros (OE) e com os objetivos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da ESEL, o objetivo geral do percurso desenvolvido foi: desenvolver competências comuns e específicas do EEER, que permitam proporcionar conforto às pessoas com alterações neurológicas, preferencialmente com o diagnóstico de Esclerose Múltipla, assim como, desenvolver competências nas áreas da função motora, respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial e dor, intestinal e vesical e, deglutição.

O percurso desenvolvido teve por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, considerada uma teoria de médio alcance. Esta foi desenvolvida pela Dr.^a Katharine Kolcaba durante o seu Doutoramento, na qual definiu o conforto como estado resultante de intervenções autónomas de enfermagem (Kolcaba, 2003).

O desenvolvimento das competências do EEER ocorreu inicialmente em contexto domiciliário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e, posteriormente num Centro de Medicina Física e Reabilitação (CMFR)².

Este relatório encontra-se estruturado em quatro partes, tendo início na presente introdução, a qual inclui uma breve fundamentação do tema desenvolvido. Segue-se o enquadramento conceptual no qual é explicitado o Modelo Teórico de Kolcaba e, evidenciada a importância da promoção do conforto nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. A terceira parte deste relatório é composta pela descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do EC que se encontram divididas em dois grupos, de modo a facilitar a organização, em

² O EC neste CMRF dividiu-se em duas fases, primeiro 9 turnos realizados no Departamento de AVD, constituído exclusivamente por EEER, onde é realizado treino de AVD às pessoas internadas. No departamento os EEER encontram-se interligados com diferentes pisos de internamento, com a finalidade de promover a continuidade de cuidados. O EEER orientador do EC no departamento encontrava-se relacionado com o piso onde prosseguiu o EC, com mais 21 turnos.

competências específicas e comuns do EEER. Posteriormente, o capítulo da avaliação as aprendizagens desenvolvidas inclui uma avaliação global do percurso e, por fim, as considerações finais nas quais são salientados os principais contributos obtidos com o desenvolvimento deste percurso e, quais as perspectivas para o futuro.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo é abordada a evolução dos cuidados de enfermagem, sublinhando a emancipação do conforto e, a construção do Modelo Teórico de Kolcaba. Visa, ainda, expor a importância do conforto na enfermagem de reabilitação, evidenciando as vantagens da fundamentação da intervenção do EEER na Teoria do Conforto de Kolcaba.

1.1 A intervenção do EEER para proporcionar conforto à pessoa com alterações neurológicas

Conforto deriva do Latim *confortare* (*fortis=strong*) que significa “to strengthen greatly”, ou seja, “dar muita força” ou “dar força com intensidade”, é considerado um estado, uma filosofia, uma dinâmica, um processo e até mesmo um objetivo/resultado (Lowe & Cutcliffe, 2005).

Identificado como um objetivo primordial da prática de enfermagem desde 1859 por Florence Nightingale, o conforto nem sempre foi valorizado nesta disciplina, sendo que em metade do século XX os cuidados de enfermagem dirigidos à cura eram prioritários, tornando-se o conforto um objetivo menor (Valente Ribeiro, 2012).

Apesar da menorização do conforto durante o século XX, fenómeno em muito associado à expansão tecnológica, o conforto tem perpetuado na enfermagem, sendo considerado na actualidade um conceito central na disciplina de enfermagem (Oliveira, 2011; Valente Ribeiro, 2012).

Kolcaba foi das autoras mais recentes a estudar o conforto em enfermagem, desenvolvendo durante a década de 90 a Teoria do Conforto, na qual conceptualiza e operacionaliza o conforto (Kolcaba, 2003; Valente Ribeiro, 2012). Esta teoria encontra-se “alicerçada no holismo” (Marques Pinto & Conceição, 2008, p. 6), o que incita a compreensão da pessoa nas diferentes dimensões da sua vida. Propósito destacado por Kolcaba (2003) ao afirmar que cuidados de conforto requerem a avaliação de todas as necessidades de conforto, que não tenham sido satisfeitas pela pessoa ou pelos seus sistemas de suporte.

Kolcaba (2003) define conforto como uma experiência imediata que reforça a pessoa por ter satisfeitas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência reunidas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental).

A autora identifica, portanto, 3 tipos de conforto: o alívio, que define como um estado que se atinge após ter sido satisfeita uma necessidade específica, de modo a que a pessoa volte ao seu funcionamento normal; a tranquilidade, definida como estado de calma ou satisfação necessária para um desempenho eficiente; e a transcendência, definida como estado em que atinge a superioridade em relação aos problemas, em que a pessoa adquire capacidade para planear o futuro.

Em cada contexto, Kolcaba (2003), agrupa necessidades: o físico, engloba as sensações do corpo, a componente fisiológica; o psicoespiritual, reúne a componente mental, emocional e espiritual, ou seja, o que dá significado à vida, a consciencialização interna do eu, a auto-estima, o auto-conceito, ser independente, ser informado, sentir-se útil, sentir-se relaxado, ter fé em algo superior e o significado que tem a sexualidade na vida da pessoa; o ambiental inclui a interação com o meio ambiente (por exemplo: temperatura, luz, som, odores, cores, móveis, paisagem); o sociocultural compreende as relações interpessoais familiares e sociais, as atitudes, a economia, a cultura, as tradições, as rotinas, as práticas religiosas, a educação, a continuidade de cuidados, a informação sobre os planos cuidados e eventos e, a promoção de maior envolvimento das pessoas nos cuidados e nas tomadas de decisão sobre a sua saúde.

Para Kolcaba (2003) as intervenções de enfermagem são a ação de confortar, as quais têm como resultado o conforto. Estas intervenções são desempenhadas de forma autónoma, implicando uma intervenção adequada e oportuna, entrega, carinho, empatia, intenção de conforto, individualização de cuidados e uma visão holística da pessoa. Em suma, o segredo para confortar é que o enfermeiro consiga “fazer de modo particular aquilo que é inespecífico (e até aparentemente rotineiro), o que pressupõe, ..., criatividade” (Oliveira, 2011, p. 167).

Segundo Valente Ribeiro (2012, p. 111), as pessoas que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidas, “conseguem superar melhor os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, curam-se mais depressa e reabilitam-se de forma

mais completa” empenhando-se no desenvolvimento e manutenção de comportamentos de saúde³ (Kolcaba, 2003).

Assim, pode concluir-se que o conforto é um conceito importante na enfermagem de reabilitação, devendo estar sempre presente na intervenção do EEER, pois como já evidenciado este facilita a adaptação às limitações, o que contribui na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e, ao fortalecer a pessoa permite com maior celeridade maximizar as suas capacidades funcionais (Regulamento nº125, 2011).

Concomitantemente, ao assentar no holismo relembra ao EEER que avalie a pessoa em todas as vertentes não descurando nenhum problema real ou potencial (Regulamento nº125, 2011).

Norteando os cuidados nos pressupostos da Teoria do Conforto a satisfação das pessoas recetoras dos cuidados é visível, traduzindo-se numa maior adesão a comportamentos de saúde, como por exemplo, alimentação saudável, exercício físico, adesão ao regime terapêutico, o que facilita a intervenção do EEER na promoção estilos de vida saudáveis, intervenção preconizada no RPQCEER⁴ no enunciado descritivo - a promoção da saúde - (Kolcaba, 2003; Regulamento nº 350, 2015).

A utilização do Modelo Teórico de Kolcaba, além de orientar o EEER no desempenho das suas competências, aumenta a satisfação do mesmo durante a prestação de cuidados (Kolcaba, 2003) o que contribui para a sua eficiência na organização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, aptidão que o EEER deve alcançar com a finalidade de atingir a excelência no exercício profissional (Regulamento nº 350, 2015).

Além dos benefícios para as pessoas, sejam elas prestadoras ou receptoras de cuidados, o aumento do conforto tem, também, benefícios para a instituição na qual é implementada a Teoria do Conforto, tais como: redução do tempo de internamento, menos readmissões (Kolcaba, 2003), e conseqüentemente, a redução dos custos relacionados com os cuidados de saúde⁵.

³ Qualquer actividade realizada por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com a finalidade de promover, proteger ou manter a sua saúde (World Health Organization, 1998).

⁴ Identificados como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de reabilitação e para a reflexão sobre a prática especializada (Regulamento nº350, 2015).

⁵ Em Portugal no ano de 2014, a despesa corrente em cuidados de saúde corresponde a 9,1 % do Produto Interno Bruto, representando 66,2 % da despesa corrente pública (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2016).

Por outro lado, Kolcaba (2003) refere que a sua teoria pode ser aplicada em todos contextos e populações, mas salvaguarda que cada profissional de saúde deve construir o seu próprio guia teórico, para que a sua teoria se harmonize com o contexto e população em estudo.

Deste modo, com o objetivo de adaptar a Teoria do Conforto à enfermagem de reabilitação, facilitando a tomada de decisão do EEER e a conceção de planos de cuidados individualizados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas, foi construído um guia teórico para a intervenção do EEER a esta população.

A construção deste guia cumpre as orientações partilhadas por Kolcaba (2003), no seu livro *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Este pretende esquematizar algumas das vantagens da utilização desta teoria - adesão a comportamentos de saúde e vantagens institucionais - e, representar os princípios da sua estrutura:

- I. identificação das necessidades de conforto de cada pessoa;
- II. conceção de intervenções para satisfazer as necessidades identificadas;
- III. valorização das variáveis intermediárias na conceção das intervenções, visto que, determinam a probabilidade de sucesso das mesmas;
- IV. se as intervenções implementadas forem eficazes, o resultado imediato é o conforto (Kolcaba, 2003)

Estruturalmente este guia é composto por dois níveis, o primeiro reflete o quadro conceptual da Teoria do Conforto e, o segundo identifica as variáveis de interesse para o percurso planeado e, o seu método de avaliação.

Os ganhos em conforto após a intervenção do EEER foram monitorizados através da Estrutura Taxonómica do Conforto de Kolcaba (2003), sendo questionadas as pessoas e/ou cuidadores informais se atingiram algum tipo de conforto (alívio, tranquilidade ou transcendência) nas necessidades identificadas.

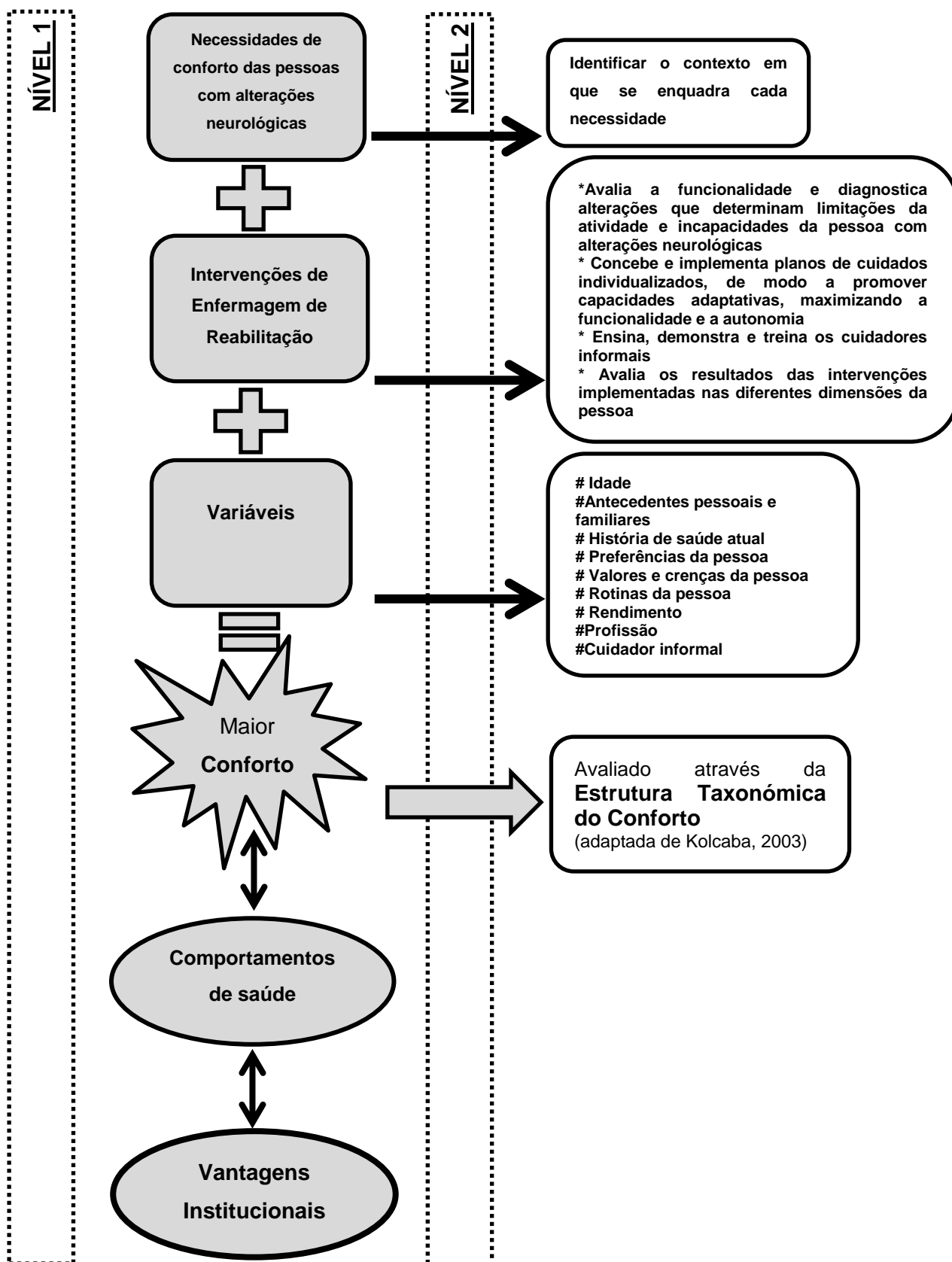
A Estrutura Taxonómica do Conforto assume 12 células possíveis (Anexo I), as quais ao serem preenchidas vão fornecer o tipo de conforto atingido para cada necessidade alterada, inserida num dos contextos. As 12 células são o resultado do

Esta “corresponde à despesa suportada pelos agentes financiadores públicos que gerem e administram os regimes de financiamento das administrações públicas e os regimes de financiamento contributivos obrigatórios” (INE, 2016, p.281).

cruzamento dos 3 tipos de conforto (alívio, tranquilidade, transcendência) com os 4 contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (Kolcaba, 2003).

De seguida, é apresentado o guia teórico obtido através das directrizes supracitadas:

Figura 1. Guia teórico para a intervenção do EEER às pessoas com alterações neurológicas



2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo deste capítulo é exposto todo o percurso de aprendizagem, descrevendo e analisando as atividades desenvolvidas ao longo do EC.

Com o objetivo de facilitar a sua análise e discussão, as atividades foram agregadas e expostas por competências específicas e comuns do EEER.

2.1 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tendo por base os objetivos gerais da Reabilitação, nomeadamente, melhorar a função, promover a independência e máxima satisfação da pessoa, preservando a autoestima (Regulamento nº125, 2011), foram construídos, ao longo do EC, processos de enfermagem, o que permitiu a organização e promoção de cuidados individualizados. Para a operacionalização dos processos de reabilitação foi necessário desenvolver o pensamento crítico⁶, elemento crucial para aplicação dos mesmos (Alfaro-LeFevre, 2013).

Neste subcapítulo encontram-se descritos os resultados e as orientações da evidência científica integrados no EC, considerados no RPQCEER como “instrumentos imprescindíveis para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, e da qualidade dos cuidados prestados” (Regulamento nº350, 2015, p. 16656).

Estruturalmente este subcapítulo encontra-se dividido em quatro secções, as quais têm como objetivo expor o desenvolvimento das competências específicas do EEER. Cada secção abrange uma ou mais competências, visto que, foi impossível balizar algumas das atividades a apenas uma competência. A primeira secção - **Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com alterações neurológicas** - pretende dar resposta à competência específica do EEER:

⁶ Pensamento crítico em enfermagem inclui raciocínio clínico e avaliação clínica. É impulsionado pelas necessidades da pessoa, família e comunidade, guiado por normas, políticas, leis, códigos de ética, baseando-se na aplicação da prática baseada na evidência, centrando-se na segurança e na qualidade, identificando os problemas e riscos envolvidos e, aplicando a lógica, a intuição e a criatividade (Alfaro-LeFevre, 2013).

✓ **J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

- J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento nº125, 2011).

De seguida, a segunda secção – **Concebe e implementa planos de cuidados individualizados, de modo a promover capacidades adaptativas, maximizando a funcionalidade e a autonomia** – tenciona validar o desenvolvimento das competências específicas do EEER:

✓ **J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

- J1.2 – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade
- J1.3 – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade

✓ **J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

- J2.1 – Elabora e implementa programas de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida
- J2.2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

✓ **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

- J3.1 – Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório (Regulamento nº125, 2011).

Posteriormente, a terceira secção – **Ensina, demonstra e treina os cuidadores informais**, objectiva evidenciar as competências específicas do EEER:

- ✓ **J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**
 - J1.3.3 – Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto cuidado e da **continuidade de cuidados nos diferentes contextos** (internamento/domicílio/comunidade)
- ✓ **J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**
 - J2.1.1 - Ensina a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de **autocuidado**
- ✓ **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**
 - J3.1.2 - Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para **maximizar o desempenho** a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa (Regulamento nº125, 2011).

Por fim, a quarta secção – **Avalia os resultados das intervenções implementadas nas diferentes dimensões da pessoa**, visa expor o desenvolvimento das competências específicas do EEER:

- ✓ **J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**
 - J1.4 – Avalia os resultados das intervenções implementadas
- ✓ **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**
 - J3.2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados (Regulamento nº125, 2011).

2.1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com alterações neurológicas

Ao longo desta secção, é descrita a avaliação implementada a cada pessoa ao longo do EC. Esta avaliação tem como objetivo identificar as necessidades de intervenção especializada possibilitando a concepção, implementação e monitorização dos planos de enfermagem de reabilitação individualizados (Regulamento nº125, 2011).

No início de cada avaliação recorreremos à entrevista⁷, durante a qual tivemos sempre em consideração o conforto (luz, temperatura, posicionamento adequado), fomentando um ambiente privado (sem fatores de distração, ou suscetível de interrupções). O cuidador informal esteve presente em algumas das entrevista de acordo com a preferência da pessoa, ou quando a mesma não apresentava capacidades cognitivas para colaborar na mesma (Potter & Perry, 2006).

O exame físico foi outro dos parâmetros de avaliação utilizados, durante o qual foram avaliados os sinais vitais, a saturação periférica de oxigénio, e posteriormente utilizada a observação, auscultação, palpação e percussão, mantendo-se a privacidade e dignidade da pessoa. O exame neurológico considerado, parte integrante do exame físico, incluiu a avaliação dos seguintes indicadores:

- I. Estado Mental, que abrange:
 - i. Consciência⁸ (Estado de Consciência, Estado de Orientação);
 - ii. Atenção⁹ (Vigilância, Tenacidade e Concentração);
 - iii. Memória¹⁰;
 - iv. Capacidades Práticas¹¹;
 - v. Negligência Unilateral¹²;

⁷ Segundo Potter & Perry (2006) da entrevista obtêm-se informações de carácter biográfico, razões pelas quais procura os cuidados de saúde, doença ou preocupação de saúde atual, história progressiva, história familiar, história ambiental (barreiras arquitetónicas), história psicossocial e cultural e, a funcionalidade da pessoa.

⁸ Segundo Catharino, Guanaes, Orsini & Gonçalves (2012), existem duas estruturas que garantem a consciência por completo: o sistema activador reticular ascendente, localizado na região pontomesencefálica do tronco encefálico, responsável pelo nível de consciência; e o córtex cerebral responsável pelo conteúdo da consciência.

⁹ “É uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter o foco numa actividade” (Menoita, 2012, p. 43).

¹⁰ A “memória é a gravação, retenção e recuperação da informação” (Boss & Wilkerson, 2011, p. 535).

¹¹ Praxia “é a capacidade de realizar uma sequência motora quando solicitada” (Catharino et al, 2012, p. 49), por exemplo lavar os dentes, ou vestir-se de forma adequada.

¹² Por norma a negligência afeta o hemisfério esquerdo, pois a região parietal direita direcciona a atenção, engloba a informação sobre o esquema corporal, o espaço, a textura, a geografia e a construção; quando esta ocorre a pessoa age como se o hemisfério esquerdo não existisse (Duchene, 2011; Lundy-Ekman, 2008).

- vi. Comunicação¹³;
- II. Pares Cranianos¹⁴;
- III. Motricidade, que compreende:
 - i. Força muscular;
 - ii. Tónus Muscular;
 - iii. Coordenação motora;
- IV. Amplitude do Movimento Articular;
- V. Sensibilidade;
- VI. Equilíbrio;
- VII. Marcha (Mavin, 2007; Catharino et al, 2012; Menoita, 2012).

De modo a sistematizar o exame neurológico, considerado por Menoita (2012, p.40) a “chave do sucesso da reabilitação” foi elaborado um guia (Apêndice II), o qual foi utilizado em ambos os campos de estágio.

No âmbito da neuroavaliação, a avaliação da função cognitiva desempenhou um papel muito importante na avaliação do potencial de reabilitação, pois permitiu avaliar a atenção, a motivação e a memória, fatores que influenciam a capacidade de aprendizagem (Umphred, Byl, Lazaro & Roller, 2010; Gatens & Musto, 2011).

A aprendizagem encontra-se estreitamente relacionada com o desenvolvimento cerebral, tal como refere Ferreira (2009), afirmando que cada aprendizagem determina “uma transformação cerebral (...) pois os estímulos levam à construção de uma nova ou de novas conexões entre os dendritos de diferentes neurónios localizados em diferentes regiões cerebrais” (Bastos & Alves, 2013, p. 51), ou seja, “quanto mais aprendemos, mais redes formamos e mais neurónios teremos para propiciar a plasticidade cerebral” (Bastos & Alves, 2013, p. 51). Neste sentido, a aprendizagem impulsiona a neuroplasticidade definida por Woolf e Salter (2000) como “a capacidade dos neurónios de alterar a sua função, seu perfil químico ou sua estrutura” (Stehno-Bittel, 2008, p.61).

¹³ “A comunicação é uma actividade social rica e complexa que envolve competências linguísticas, cognitivas e pragmáticas” (Boss & Wilkerson, p. 525, 2011).

¹⁴ Os pares cranianos têm quatro funções:

suprir a inervação motora dos músculos da face, dos olhos, da língua, do maxilar e dois músculos cervicais (esternocleidomastóideo e trapézio); transmitir informações somatossensoriais da pele e dos músculos da face e da articulação temporomandibular; transmitir informações sensoriais especiais relacionadas com sensações visuais, auditivas, vestibulares, gustativas, olfactivas e viscerais; proporcionar a regulação parassimpática do tamanho da pupila, da curvatura do cristalino do olho, da frequência cardíaca, da pressão arterial, da respiração e da digestão (Lundy-Ekman, 2008, p. 282).

A neuroplasticidade é, portanto, fundamental na recuperação de pessoas com lesões aparentemente irreversíveis do SNC, pois através de novas aprendizagens é possível “reorganizar o cérebro, estimular neurónios de áreas adjacentes, estabelecer novas sinapses e novas vias dendríticas e activar neurónios nas partes contralaterais não lesionadas do cérebro” (Umphred et al, 2010, p. 175).

Este conceito foi uma alavanca de motivação ao longo do EC, impulsionando o desenvolvimento de intervenções facilitadoras da neuroplasticidade (Umphred et al, 2010), proporcionando a adaptação após lesão (Stehno-Bittel, 2008; Chen, Epstein & Stern, 2010).

Por outro lado, a aprendizagem também influencia a memória¹⁵, pois segundo Boss & Wilkerson (2011, p. 535) uma pessoa com défice na memória a curto prazo “não consegue aprender qualquer nova informação”. Esta conclusão enfatizou a necessidade de avaliação da memória das pessoas, para que a intervenção seja adequada aos seus défices reais. No CMFR quando identificado um défice de memória, o cuidador informal era envolvido nos cuidados o mais precocemente possível, para que no regresso a casa este tivesse capacidade de cuidar da pessoa com este tipo de alterações.

Influenciada também pelas funções cognitivas, a comunicação tem um grande impacto na vida das pessoas, é através da mesma, que por exemplo, partilhamos as nossas necessidades de conforto. Durante o EC foi fundamental reconhecer os diferentes défices de comunicação, de modo a planear intervenções adequadas, com o objetivo de que as pessoas alcancem uma comunicação funcional (Boss & Wilkerson, 2011).

Os défices comunicacionais foram avaliados nas componentes linguística¹⁶ e pragmática¹⁷ da comunicação, em relação à componente cognitiva¹⁸ apenas foram contemplados os parâmetros englobados na avaliação da consciência, atenção e memória, devido ao tempo disponível ser reduzido.

¹⁵ Existem três tipos de memória: emocional, declarativa e não declarativa. Na avaliação das pessoas em EC apenas foi abordada a memória declarativa, que influencia a aprendizagem, esta engloba a memória imediata, curto prazo e longo prazo (Lundy-Ekman, 2008).

¹⁶ Engloba o discurso espontâneo, a compreensão da linguagem verbal, a compreensão da linguagem escrita, a capacidade para nomear, a capacidade para repetir e a capacidade para escrever (Boss & Wilkerson, 2011).

¹⁷ Engloba a prosódia, os gestos, a pantomima, o reconhecimento facial e a expressão facial (Boss & Wilkerson, 2011).

¹⁸ Engloba as redes de vigília, a atenção selectiva, a memória declarativa, a formação de conceitos e a atenção executiva (Boss & Wilkerson, 2011).

Na avaliação da componente linguística foi incluída a capacidade de discurso espontâneo, a compreensão da linguagem verbal e escrita, a capacidade para nomear, a capacidade para repetir e a capacidade para escrever. Por sua vez, na avaliação da componente pragmática foi abrangida a avaliação da prosódia¹⁹, da cinestesia²⁰, do reconhecimento facial e da expressão facial (Boss & Wilkerson, 2011).

Incluída ainda na realização do exame neurológico, a avaliação dos pares cranianos ao longo EC teve como principal objetivo a prevenção de complicações. Sabendo que os pares cranianos trigémio, facial, glossofaríngeo, vago, espinhal e hipoglosso estão envolvidos na deglutição, a identificação de uma alteração nestes pares cranianos, permite uma avaliação direccionada e a implementação de estratégias que diminuam o risco de aspiração ou asfixia durante a deglutição (Glenn-Molali, 2011).

Segundo Hoeman, Liszner & Alverzo (2011), um sistema neurológico e músculo-esquelético sem alterações permitem um movimento intencional, prevenindo consequências da imobilidade, como: a perda de força e massa muscular, a limitação articular e a osteoporose.

Alves, Ferreira & Baixinho (2016), acrescentam que para diagnosticar precocemente alterações relacionadas com a imobilidade, é crucial a avaliação da motricidade, que inclui: a avaliação da força muscular, do tónus muscular e da coordenação motora. Esta avaliação possibilita que se prescrevam, atempadamente, intervenções direccionadas e adequadas à pessoa, de modo aumentar a funcionalidade e, diminuir o risco de complicações, como as úlceras por pressão.

Em consonância com os locais de EC, para avaliar a força muscular foi utilizada a Escala de Lower (Anexo II), recomendada por Marques Pinto (2001), como sendo uma escala que apresenta um vocabulário comum e objetivo. Esta classifica a força muscular em forma de fração, representado o numerador o desempenho da pessoa, e o denominador o desempenho do profissional, variando no intervalo entre 0/5 e 5/5. O valor 0/5 indica a ausência de contração muscular e de movimento, e 5/5 o movimento normal contra gravidade e resistência.

¹⁹ Corresponde à melodia, pausa, entoação, ênfase ou acentuações. (Boss & Wilkerson, 2011).

²⁰ “É o estudo dos movimentos dos membros, corpo, e face associados à comunicação não verbal” (Boss & Wilkerson, 2011, p. 531).

Durante a utilização desta escala, surgiram alguns obstáculos, associados ao facto de ser necessário a colaboração da pessoa na realização dos vários movimentos. Assim, nas avaliações da força muscular realizadas a pessoas com défices cognitivos os resultados obtidos podem estar enviesados, por exemplo, na pessoa com afasia transcortical mista²¹ em que foi avaliada a força muscular, ela pode não ter realizado os movimentos, por não ter compreendido a informação.

Assim, para que os resultados obtidos fossem o mais real possível foram utilizadas algumas estratégias para avaliar os movimentos: foi iniciado o movimento, que algumas vezes completou; foi demonstrado o movimento, mas raramente imitou; e, foi avaliada a força durante a realização de atividades funcionais, por exemplo durante o pentear avaliou-se a flexão, elevação, adução e rotação da escapulo-umeral, a flexão e extensão do cotovelo, a flexão e extensão do punho, a flexão e extensão dos dedos e, a oposição do polegar.

Outros dos parâmetros abrangidos pelo conceito de motricidade é o tônus muscular²² avaliado através da palpação do músculo, a qual permitiu averiguar a consistência, a extensibilidade e passividade do músculo e, pela mobilização passiva das articulações, que não avalia individualmente cada músculo, mas um grupo de músculos, por exemplo os flexores do joelho. As alterações do tônus muscular podem ser denominadas por hipotonia – diminuição do tônus muscular -, ou hipertonia – aumento do tônus muscular -, a qual se pode denominar como rigidez, se consequência de Parkinson, ou como espasticidade se existir lesão no neurónio motor superior (Marques Pinto, 2001; Catharino et al, 2012).

Sendo a espasticidade considerada uma das sequelas mais comuns em pessoas com lesões no SNC (Bohannon & Smith, 1987), contribuindo para a diminuição da sua funcionalidade (Queiroz, 2012), tornou-se imperioso a sua avaliação. Esta avaliação foi realizada recorrendo à Escala de *Ashworth* Modificada (Bohannon & Smith, 1987), mencionada como amplamente usada em pessoas com lesões cerebrais (Tate, 2010). Na sua aplicação é avaliada a resistência oferecida ao movimento durante as mobilizações passivas em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, do distal para o proximal (Menoita, 2012).

²¹ Com discurso espontâneo não fluente, compreensão auditiva diminuída, repetição preservada, atribuição de nomes diminuída, leitura diminuída e escrita diminuída (Boss & Wilkerson, 2011).

²² Definido como “um reflexo proprioceptivo destinado a manter a postura corporal, através de uma contracção permanente e moderada dos músculos” (Marques Pinto, 2001, p. 55).

Durante a aplicação da Escala de *Ashworth* Modificada (Anexo III) foi promovido um ambiente calmo e confortável e, foi posicionada a pessoa em posição de relaxamento, para tornar possível a avaliação das características dos músculos, e não enviesar a resistência durante cada movimento.

Catharino et al (2012) referem que, também é necessária coordenação motora para existir um movimento e, que uma alteração na coordenação motora pode traduzir alterações do SNC. Tendo em conta estas premissas foi avaliada a coordenação motora através das provas: Índex-nariz²³, Indicação de Barany²⁴, Diadococinesia²⁵ e Calcanhar-joelho²⁶ (Catharino et al, 2012; Menoita, 2012).

Segundo Klein & Nakazune (2012) a amplitude de movimento articular influencia a funcionalidade das pessoas tornando-se, portanto, essencial na avaliação da pessoa com alterações neurológicas, com o objetivo de facilitar a concepção de intervenções que visem a adaptação às limitações articulares, por exemplo, treino de AVD utilizando produtos de apoio, e, conseqüentemente aumentar a funcionalidade. A amplitude do movimento articular foi avaliada através de um goniómetro (Cole & Tobis, 1994; Carvalho et al, 2010).

Privilegiamos também, a avaliação sensorial, importante na prevenção de complicações como queimaduras e/ou feridas (Richards & Boling, 2016), tendo sido realizada em todos os segmentos corporais, iniciando-se do distal para o proximal, bilateralmente, com os olhos fechados (Menoita, 2012) e, para todos os tipos de sensibilidade (superficial - tátil, térmica, dolorosa – e profunda/proprioceptiva - vibratória, postural) (Marques Pinto, 2011).

Previamente à avaliação sensorial foi sempre realizada avaliação do Estado Mental, com o objetivo de não sujeitar a pessoa a estimulações desnecessárias que lhe podem causar desconforto, uma vez que esta avaliação necessita do feedback da pessoa às diversas estimulações físicas (Richards & Boling, 2016).

²³ Com a pessoa sentada ou em decúbito dorsal a pessoa coloca o membro superior em abdução e, toca com o indicador na ponta do nariz. Realiza a prova primeiro de olhos abertos e depois de olhos fechados (Catharino et al, 2012; Menoita, 2012).

²⁴ A pessoa com o indicador aponta o indicador do examinador (Menoita, 2012).

²⁵ A pessoa deve conseguir realizar movimentos rápidos, alternados e sincronizados (bater palmas, supinação e pronação) (Catharino et al, 2012; Menoita, 2012).

²⁶ A pessoa em decúbito dorsal toca no joelho com o calcanhar do lado oposto, primeiro de olhos abertos e depois fechados (Catharino et al, 2012; Menoita, 2012).

O equilíbrio²⁷ é crucial para a execução das AVD em segurança (Miyamoto, Junior, Berg, Ramos & Natour, 2004; Conradsson et al, 2007), mas encontra-se alterado com frequência nas pessoas com doenças neurológicas (Allison & Fuller, 2010), tornando-se, portanto, importante a sua avaliação. Assim, foi analisado durante a avaliação do VIII par craniano - o Acústico, no qual se avalia o equilíbrio estático e dinâmico e, com o objetivo de aferir o equilíbrio de forma funcional foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg²⁸ (Anexo IV). Esta escala avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas funcionais específicas²⁹ em diferentes bases de apoio, tarefas que são comuns à vida diária (Miyamoto et al, 2004; Apóstolo, 2012).

Por outro lado, alterações na marcha³⁰, também, influenciam a realização das AVD, existindo dificuldade na realização das mesmas e/ou aumento da dependência (Rezende, Silva, Cardoso & Beresford, 2010). Com o propósito de diminuir a dependência das pessoas com alterações da marcha, foi avaliado o seu padrão através da realização de exercícios como:

- ❖ andar como os olhos abertos e depois fechados,
- ❖ andar enquanto vira a cabeça para a direita e para esquerda,
- ❖ andar enquanto movimentar a cabeça para baixo e para cima,
- ❖ andar e parar rapidamente,
- ❖ andar e realizar uma volta de 360º,
- ❖ andar enquanto carrega um objecto (por exemplo: 1 litro de leite em cada de mão, posteriormente apenas numa mão),
- ❖ subir e descer escadas,
- ❖ andar a contornar obstáculos e, se possível sobre obstáculos,
- ❖ andar enquanto responde a uma pergunta (Lundy-Ekman, 2008).

²⁷ É um “processo dinâmico por meio do qual a posição do corpo mantém-se estabilizada” (Kloos & Heiss, 2009, p. 259). Divide-se em equilíbrio estático (o corpo está em repouso) e equilíbrio dinâmico (o corpo encontra-se estabilizado em movimento) (Kloss & Heiss, 2009).

²⁸ Criada por Berg *et al* em 1989, foi desenvolvida para avaliar o equilíbrio funcional em pessoas idosas, mas tem sido alargada também a pessoas com lesões cerebrais (Allison & Fuller, 2010 & Tate, 2010). Foi utilizada uma versão em Português de Portugal da Escala de Equilíbrio de Berg, apresentada por Ribeiro (s.d.) no estudo Hemisférios Cerebrais e sua relação com o Equilíbrio em AVC's, tal como sugerido por Apóstolo (2012), que refere que não existem estudos de adaptação da escala para Português de Portugal, apesar de esta ser referenciada em vários estudos portugueses, esta apenas se encontra validada para a população brasileira por Miyamoto *et al* em 2004.

²⁹ O desempenho de cada tarefa é classificado de 0 a 4, sendo o 0 a pessoa ser incapaz de executar e o 4 a pessoa é capaz de executar de forma independente, a pontuação máxima da escala é de 56 (Tate, 2010).

³⁰ “É a forma de caminhar” (Muscolino, 2008, p. 620), a qual apresenta um padrão cíclico que se divide em duas fases, a fase de apoio e a fase de balanço, durante as quais ocorre um ajustamento dos músculos e articulações do corpo (Muscolino, 2008). A marcha” é resultante da interação dos sistemas neurológico, musculoesquelético, vestibular e somato-sensorial” (Rezende et al, 2010, p.118).

Como complemento da informação adquirida através do exame físico, foram consultados os processos de cada pessoa, nos quais se incluem os exames complementares de diagnóstico³¹.

A segurança é considerada um elemento fundamental na qualidade em saúde, por conseguinte esta, também, foi considerada na avaliação de cada pessoa. Foram seguidas as indicações do Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020, o qual tem como objetivo melhorar a prestação e cuidados, num processo de melhoria contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde. Dos objetivos estratégicos delineados neste plano, foram destacados a prevenção da ocorrência de quedas e, prevenção da ocorrência de úlceras por pressão (Despacho nº 1400, 2015).

As quedas são consideradas uma das principais causas de internamentos hospitalares, ostentando um grande impacto financeiro no sistema de saúde. Além do impacto financeiro, as quedas podem estar na origem de aumento da dependência, défices cognitivos, imobilização e depressão (Despacho nº 1400, 2015). Tendo em conta os problemas suscitados pelas quedas, foram indicadas no Despacho nº 1400 (2015) estratégias de intervenção a ser implementadas em todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, tendo sido recomendada a monitorização do risco de ocorrência de queda. Em ambos os campos de estágio a avaliação do risco de queda foi realizado pela aplicação da Escala de Morse³² (Anexo V), semanalmente, exceto se existisse alteração dos parâmetros.

Por outro lado, com a finalidade de prevenir as consequências associadas as úlceras por pressão - a diminuição a qualidade de vida das pessoas e suas famílias, o aumento dos dias de internamento e as readmissões - foi avaliado o risco de úlcera por pressão através da Escala de Braden (Anexo VI) e, realizada diariamente vigilância da pele das pessoas, como recomendado pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015 – 2020 (Despacho nº 1400, 2015). A avaliação do risco de úlcera por pressão foi realizada de 48 em 48 horas no CMFR e semanalmente na ECCI, tal como preconizado pela Direcção Geral de Saúde (DGS) (2011).

³¹ A análise de uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) permitiu relacionar as lesões observadas com os défices apresentados pela pessoa. No caso do Senhor VP, que apresentava na TAC oclusão do território superficial e profundo da artéria cerebral média esquerda, esta lesão isquémica justificava a hemianopsia homónima, hemiplegia direita, pois priva de irrigação a radiação óptica e a porção lateral do córtex sensitivomotor, tal como a substância branca adjacente (Lundy-Ekman, 2008).

³² A Escala de Morse é um método rápido e simples para avaliar a probabilidade de uma pessoa cair. A Escala divide-se em seis variáveis: Historial de quedas, Diagnóstico Secundário, Ajuda para Caminhar, Terapia intravenosa, Modo de Andar e Estado Mental (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014).

Diariamente além das características da pele também era avaliado o estado nutricional e, a mobilidade da pessoa, considerados fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (Despacho nº 1400, 2015, p. 3890).

De modo, a avaliar a funcionalidade³³ das pessoas com alterações neurológicas e os seus ganhos funcionais após a implementação do plano de reabilitação, foi utilizada a Medida de Independência Funcional³⁴ (MIF) (Anexo VII) (Laíns,1991). Segundo Laíns (1991), a MIF é considerado uma medida de incapacidade, que reflecte a carga global de cuidados³⁵ para a incapacidade em causa, permitindo, ainda, avaliar a qualidade de um plano de enfermagem de reabilitação.

A aplicabilidade desde instrumento encontra-se testada em pessoas com alterações neurológicas por Scheuringer, Grill, Boldt & Stucki (2011), após a análise dos dados da MIF de 269 pessoas com lesões cerebrais adquiridas em fase de reabilitação pós aguda.

A MIF avalia o desempenho da pessoa na realização de um conjunto de 18 atividades, que incluem dois domínios o motor e o cognitivo. Cada atividade é pontuada de acordo com o grau de dependência da pessoa entre 1 e 7 valores, sendo que o 7 corresponde à independência completa e, o 1 à dependência total, logo a pontuação total do MIF apenas pode variar entre 18 a 126 (Laíns, 1991; Riberto, Mkiyazaki, Jucá, Sakamoto, Pinto & Battistella, 2004).

No CMFR, a MIF era preenchida pela equipa multidisciplinar, na reunião de avaliação da pessoa, na qual se delineavam os objetivos a serem atingidos por esta durante o internamento, sendo a pessoa e/ou cuidador informal pouco envolvidos na tomada de decisão.

Prática contestada por Dalton et al (2011) ao afirmar que, envolvendo a pessoa no processo de reabilitação (identificação das necessidades de reabilitação, construção de objetivos de reabilitação, identificação dos resultados esperados), existe maior motivação na adesão ao programa de reabilitação e, são identificadas mais objetivos. Conclusões que os autores obtiveram após estudo retrospectivo com 105 pacientes, em que no grupo de controlo os objetivos eram decididos sem a

³³ Segundo Jette & Haley (2000) a funcionalidade é a “capacidade da pessoa para realizar as actividades de vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade” (DGS, 2014, p.3).

³⁴ Foi desenvolvida nos Estados Unidos da América na década de 1980 (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny & Sherwin, 1986), tendo sido traduzida para português por Laíns (1991).

³⁵ “Tempo/energia que tem de ser fornecido para satisfazer as suas necessidades (as dependências) do indivíduo incapacitado, que lhe permite a obtenção e manutenção de uma certa qualidade de vida” (Laíns, 1991, p.3).

pessoa/família estarem presentes e, só depois partilhados com os mesmos; e, no grupo experimental a pessoa/família participavam na reunião multidisciplinar, explicitando as suas necessidade e capacidades.

O objetivo geral delineado para este percurso foi sempre o conforto considerado por Rousseaux & Pérennou (2004) e Kolcaba (2003) um resultado essencial dos cuidados de saúde. Face a estes resultados, com o propósito de mensurar o conforto, foi aplicada durante o EC a Estrutura Taxonómica do Conforto desenvolvida por Kolcaba (2003).

Após identificação das necessidades de conforto da pessoa com alterações neurológicas foram implementadas as intervenções promotoras de conforto e, avaliado o conforto de 4 em 4 semanas, ou no momento da alta através da Estrutura Taxonómica do Conforto. Quando em algum dos momentos de avaliação, as necessidades de conforto, não se enquadraram nas células da Estrutura Taxonómica de Conforto, as intervenções foram reformuladas, com objetivo de que a pessoa atinga um tipo de conforto em todas as necessidades alteradas, tornando-a “confortável” (Kolcaba, 2003. p.16) e, conseqüentemente obtendo ganhos em saúde.

2.1.2. Concebe e implementa planos de cuidados individualizados, de modo a promover capacidades adaptativas, maximizando a funcionalidade e a autonomia

Após a identificação dos problemas reais e potenciais de cada pessoa, através dos indicadores abordados na secção anterior, foram elaborados e implementados programas de treino com o objetivo de “optimizar e ou reeducar as funções” (Regulamento nº 125, 2011, p. 8659), promovendo a maximização/manutenção da funcionalidade, o conforto e, prevenindo complicações (Regulamento nº 125, 2011; Regulamento nº350, 2015).

Os planos de reabilitação foram elaborados, sempre que possível, em parceria com a pessoa e/ou cuidador informal (Regulamento nº 350, 2015) e, as atividades treinadas foram sempre priorizadas por estes (Umphred et al, 2010).

Com o objetivo de facilitar a neuroplasticidade existiram princípios comuns nos programas de reabilitação implementados às pessoas com alterações

neuroológicas, tais como: o treino repetitivo (Chen et al, 2010), o treino de tarefas específicas e de atividades funcionais (Borela & Sacchelli, 2009).

Borela & Sacchelli (2009) proferem que não devem ser realizados treinos de força ou resistência de forma isolada, mas integrados em atividades funcionais, facilitando deste modo a reorganização neural e, conseqüentemente, proporcionando aumento da funcionalidade.

Ideia partilhada por Chen et al (2010) que afirma que uma recuperação funcional é geralmente acompanhada de novos padrões de ativação, ocorrendo plasticidade nas regiões em torno da área danificada, reorganização ou reponderação das interações dentro de uma rede existente, recrutamento de novas áreas, ou utilização de redes alternativas.

Ao longo dos programas implementados, foi sempre priorizado o treino funcional, como o subir e descer escadas e, também foi realizado o treino de tarefas específicas e repetitivo, tal como sentar e levantar, repetindo a tarefa em todas as sessões e, várias vezes na mesma sessão, para alcançar o máximo de funcionalidade nas tarefas realizadas.

As atividades de vida diária, definidas pela MCEER (2011) como um “conjunto de actividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (p. 1) englobam o cuidado pessoal ou atividades básicas de vida (ABVD) – higiene pessoal (banho, cuidados com o cabelo, cuidados com as unhas, higiene da face, higiene oral e maquilhagem/barbear), controlo da eliminação vesical e intestinal e o uso do sanitário, vestuário, alimentação, locomoção e transferências -, e as atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (MCEER, 2011).

Para dar resposta às necessidades de conforto relacionadas com as AVD, foi implementado treino de AVD, essencial para a adaptação às limitações da mobilidade, a maximização da autonomia e da qualidade de vida das pessoas com alterações neurológicas (Regulamento nº 125, 2011).

Durante o treino de AVD foi demonstrada cada atividade, foi pedido para repetir e, para praticar, estratégias que facilitam a aprendizagem (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011).

As técnicas ensinadas a cada pessoa e/ou cuidador informal foram adequadas às limitações de cada pessoa e, pretendem manter a segurança da

díade diminuindo o risco de complicações. Por exemplo, no caso de uma senhora com tetraparésia foi ensinado, instruído e treinado o cuidador para realizar as transferências em “pivot”, com a finalidade de diminuir o risco de queda da pessoa e, de lesões músculo-esqueléticas do cuidador (Hoeman et al, 2011).

É através da alimentação que é obtida a energia necessária para o desempenho das AVD, logo é importante identificar dificuldades alimentares que influenciem a capacidade de ingerir alimentos ou líquidos de forma adequada (Campos & Sousa, 2014). Uma das dificuldades que as pessoas com alterações neurológicas podem apresentar é a disfagia (Glenn-Molali, 2011), a qual pode ter como complicações a desidratação, a desnutrição e, a pneumonia de aspiração (Braga, 2016b). Estas complicações podem ter como consequência o aumento de dias de internamento e o aumento dos custos globais da saúde, encontrando-se diretamente relacionadas com o aumento da mortalidade (Glenn-Molali, 2011; Etges, Scheeren, Gomes & Barbosa, 2014 & Braga, 2016b).

Nos cuidados à pessoa com disfagia, diagnosticada após avaliação da cavidade oral, dos V, VII, IX, X, XI e XII pares cranianos e das diferentes fases da deglutição (Braga, 2016a), com a finalidade de otimizar a deglutição prevenindo complicações, foram implementadas várias estratégias compensatórias, em conformidade com alterações identificadas, tais como:

- incentivada e/ou promovida a adoção de técnicas posturais para favorecer a gravidade e realizar o encerramento da via aérea;
- incentivada a deglutição forçada para diminuir os resíduos na valécula e na faringe;
- realizada correção da postural corporal;
- colocados os alimentos do lado são da boca (pessoa com alterações ramo inferior do VII par craniano);
- realizadas alterações na dieta (consistência, textura);
- realizada ou incentivada higiene oral após as refeições (Braga, 2016b).

Estas intervenções apresentaram benefícios imediatos, sendo que posteriormente as pessoas não apresentaram sinais de disfagia (tosse, lacrimejo, alteração da qualidade da voz, entre outros) (Braga, 2016a).

Simultaneamente com a implementação de estratégias compensatórias, foram realizados exercícios para melhorar a força e a coordenação dos músculos envolvidos na deglutição, com o objetivo de que a pessoa se volte a alimentar sem

restrições (Braga, 2016b). Na pessoa com parésia facial central foram incentivados exercícios como: protraír, retrair e, lateralizar os lábios; fazer o som de estalar; segurar uma palhinha entre os lábios e realizar movimentos de sucção; assobiar e, mover os lábios como se estivesse a dar um beijinho (Braga, 2016b).

Comum nas pessoas com doenças neurológicas (EM, AVC, Parkinson, TCE, entre outras) a incontinência é umas das principais causas de institucionalização, aumento da dependência, diminuição da autoestima e, isolamento social (Carrière, 2010; Alverzo & Ward, 2011; Gender, 2011; Stevens, 2011).

Contudo, Stevens (2011) afirma que a maioria das pessoas com incontinência urinária tem potencial para atingir a continência após serem submetidos a um plano de reabilitação individualizado. Assim, com o objetivo de promover a continência vesical, a participação social e, conseqüentemente, o conforto numa senhora com défices cognitivos com bexiga neurogénica desinibida³⁶ foram implementadas intervenções como:

- promovida a privacidade;
- transferência para a cadeira sanitária, de duas em duas horas, para promover o esvaziamento vesical;
- reforço positivo nos episódios de continência;
- restrição da ingestão de líquidos após o lanche (Stevens, 2011; Rocha & Redol, 2011).

Por outro lado, a gestão da eliminação intestinal, é também, competência do EEER, o qual através da implementação de programas de reabilitação pode promover a continência intestinal (Gender, 2011). Considerando este princípio, foi realizado treino intestinal a uma pessoa com défices cognitivos com intestino neurogénico desinibido³⁷, através da implementação das seguintes estratégias:

- promovida privacidade;

³⁶ A bexiga neurogénica desinibida é comum em patologias que afetam o córtex cerebral, o tronco cerebral, ponte ou áreas subcorticais, tais como os AVC, EM, TCE, demências, entre outras. Neste tipo de incontinência a sensibilidade está mantida, ocorrendo contrações fortes e desinibidas quando a bexiga está cheia. "Uma vez sentida a vontade de urinar, não consegue inibir o fluxo" (Stevens, p. 363, 2011).

³⁷ No intestino neurogénico desinibido a função intestinal é classificada como desinibida, existindo lesões nos neurónios motores superiores, ficando intactos os neurónios motores inferiores. Ocorre uma diminuição do controlo voluntário da necessidade de defecar, mantendo-se intacta a sensibilidade intestinal, tal como a sensação de sela, o reflexo bulbocavernoso e o reflexo anal se encontram mantidos ou aumentados. A eliminação involuntária ocorre quando o reflexo defecatório sacral é activado, é acompanhada de uma sensação de urgência e ocorre frequentemente proximamente com o reflexo gastrocólico (Gender, 2011).

- transferência para a cadeira sanitária, 30 minutos após as 3 refeições principais, para usufruir do reflexo gastrocólico, durante o qual existe aumento da atividade peristáltica;
- otimização da dieta - rica em fibra (leguminosas e vegetais a todas as refeições, fruta com casca e pão integral);
- incentivada a ingestão de dois litros de líquidos por dia (200 cc de sopa ao almoço e ao jantar, 200 cc de café com leite ao pequeno almoço e ao lanche, 150 cc de chá à ceia, e mais ou menos 1 l de água) - para promover fezes moles (Gender, 2011; Rocha & Redol, 2016).

Tendo em vista o aumento da funcionalidade, de modo a atingir a máxima capacidade funcional de cada pessoa no desempenho das AVD, como preconizado pelo RCEEEER (Regulamento nº125, 2011) e pelo RPQCEER (Regulamento nº 350, 2015) foram aconselhados produtos de apoio³⁸ e, realizado o respectivo ensino e supervisão da sua utilização.

Ao longo do EC, foram aconselhados vários produtos de apoio, considerados “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma actividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor” (Menoita, 2012, p.117). De entre as quais destacamos:

- corta unhas de base larga e fixo (para pessoa destra que não realiza preensão com a mão direita),
- tesoura de cabo longo para cortar as unhas dos pés (para pessoa que apresenta espasticidade de grau 1 nos flexores da coxofemoral direita, e dificuldade em manter o membro inferior direito cruzado em cima do membro inferior esquerdo, devido à diminuição de força 3/5 nos flexores, abdutores 2/5 e rotadores externos 3/5 da coxofemoral direita, e 3/5 nos flexores do joelho),
- máquina de barbear (para pessoa que apresenta hipoalgesia da face à direita),
- tapetes antiderrapantes (para pessoa com hemiparesia),
- barras para a parede do poliban (para pessoa com desequilíbrio),

³⁸ "qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação" (Decreto-Lei nº93, 2009, p. 2276).

- esponja de cabo longo (para a pessoa com hemiparesia lavar as costas),
- prato com rebordo e com base antiderrapante (para pessoa com hemiparesia),
- bastão para andar (para pessoa com necessidade de correcção postural), entre outros.

Apesar de ser conhecida a relação entre o uso de produtos de apoio e o aumento do bem-estar (Menoita, 2012) e da funcionalidade (Regulamento nº350, 2015), apenas algumas das pessoas/cuidadores informais aconselhados adquiriram os produtos de apoio recomendados, descrevendo menor dispêndio de energia na realização das tarefas.

Na situação de dificuldade e/ou relutância na aquisição dos produtos de apoio foi partilhado o Guia de Produtos de Apoio low-cost (Ribeiro, 2012), de modo, a conseguirem produzir os seus próprios produtos de apoio quando possível e/ou sentirem necessidade.

Mas, ainda que reconhecidas competências ao EEER para prescrever produtos de apoio, este encontra-se limitado na sua prescrição, pois segundo o Despacho nº7197 (2016) por exemplo, os produtos de apoio para a marcha, como o andador sem rodas, para que as pessoas obtenham financiamento pelo Instituto da Segurança Social, apenas podem ser prescritos por um fisiatra ou ortopedista, ou seja, o EEER apenas os pode prescrever sem financiamento (Regulamento nº125, 2011; Departamento do Desenvolvimento Social e Programas – Unidade de Intervenção Social, 2016).

Para alcançar a funcionalidade pretendida por cada pessoa no desempenho de AVD é necessário mobilidade³⁹ mas, quando esta é restringida, por exemplo devido a sequelas de uma doença neurológica, além de influenciar a funcionalidade, complicações decorrentes dessa imobilidade emergem em cada um dos sistemas orgânicos (Carinhas, 2013).

O sistema musculoesquelético é o mais afetado “ocorrendo uma diminuição da contração muscular, perda de força e da massa muscular, atrofia, contraturas e osteoporose” (Carinhas, 2013, p. 33).

Com o objetivo de diminuir as complicações inerentes à imobilidade no sistema músculo-esquelético foram aplicadas estratégias terapêuticas, como por

³⁹ “Habilidade de uma pessoa de iniciar, controlar ou manter movimentos activos do corpo para realizar tarefas motoras simples e complexas” (Kisner & Colby, 2009, p. 69).

exemplo o posicionamento terapêutico, considerado por Hoeman et al (2011), como “essencial para prevenir complicações” (p. 232) quando a mobilidade se encontra restrita.

O posicionamento terapêutico foi realizado mantendo um alinhamento corporal da pessoa e, promovendo a alternância de decúbito⁴⁰ (Hoeman et al, 2011). No caso de pessoas com AVC, foram realizados posicionamentos em padrão anti-espástico com o objetivo de facilitar a integração do esquema corporal e da lateralidade, preferencialmente, as pessoas foram posicionadas em decúbitos laterais para prevenir a instalação ou agravamento do padrão espástico (Menoita, 2012).

Com o propósito de normalizar o tónus muscular, manter/aumentar a amplitude dos movimentos e a força, manter a função, manter a integridade das estruturas articulares, conservar/aumentar a flexibilidade, prevenir aderências, melhorar a circulação de retorno, manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa foram realizados programas de mobilizações (Hoeman et al, 2011; Menoita, 2012).

Para facilitar a neuroplasticidade e, prevenir problemas osteoarticulares e musculares do lado menos afetado, as mobilizações foram realizadas bilateralmente (Menoita, 2012). A seleção do tipo mobilizações⁴¹ foi realizada de acordo com o potencial da pessoa (Mancinelli & Davis, 2009).

Nas mobilizações activas-resistidas a resistência exercida era aumentada de acordo com a tolerância da pessoa e, ajustada aos seus objetivos⁴² (Durall & Sawhney, 2009; Alverzo & Ward, 2011). Nestas os movimentos foram também realizados em padrões diagonais associados com as técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva⁴³ (movimentos multiarticulares, multiplanares,

⁴⁰ Incentivada pessoa a que alterne o seu peso a cada 20/30 minutos, sendo alterado o decúbito a cada 3 horas; quando apresentava alterações na sensibilidade foi alterado o decúbito de duas em duas horas (Hoeman et al, 2011).

⁴¹ As mobilizações realizadas foram seleccionadas após avaliação da força através Escala de Lower, sendo que quando não apresentava contração muscular voluntária do segmento, ou apenas apresenta força 1/5, as mobilizações era passivas; quando existia capacidade para o início do movimento, força 2/5, eram realizadas mobilizações activas-assistidas; quando apresentava força 3/5 e 4/5, eram realizadas mobilizações ativas; e por fim quando apresenta força 5/5 eram realizadas mobilizações ativas-resistidas (Marques Pinto, 2001). Todas as mobilizações foram realizadas nos planos anatómicos do movimento, não excedendo amplitude articular disponível/máxima (Mancinelli & Davis, 2009; Kisner & Colbi, 2009).

⁴² No Sr. M., com antecedentes de AVC, em que o seu objetivo era obter força muscular 5/5, na Escala de Lower, em todos os grupos musculares e aumentar a resistência muscular, o seu plano de reabilitação incluía exercícios ativos e resistidos (neste caso eram usadas caneleiras de 1 Kg e, nos membros superiores eram realizados exercícios com 1 litro de leite) (Kisner & Colbi, 2009).

⁴³ Têm como objetivo “evocar respostas motoras e melhorar o controlo e a função neuromuscular” (Kisner & Colbi, 2009, p. 204).

diagonais e rotacionais) e, em padrões combinados de movimento simulando atividades funcionais (movimentos usados nas AVD – exemplo realizado em contexto domiciliário: arrumar as compras no armário).

Durante as mobilizações passivas a pessoa com alterações neurológicas foi sempre motivada a concentrar-se em cada movimento para facilitar o armazenamento do movimento na memória (Kottke, 1994 & Menoita, 2012).

Como preconizado por Edwards (2004) & Kisner & Colbi (2009), em pessoas com hipertonia além das mobilizações articulares, foi realizado alongamento manual dos grupos musculares afetados e, previamente alongamento mecânico com o uso de tala pneumática. Nas várias utilizações da tala pneumática, imediatamente antes das mobilizações, foi evidente o relaxamento muscular.

As alterações da mobilidade nas pessoas com alterações neurológicas também se podem relacionar com lesão do mecanismo de controlo postural, o qual consiste “num grande número e variedade de respostas motoras automáticas, adquiridas na infância, como o rolar, o sentar, o manter a posição ortostática e a marcha” (Menoita, 2012, p. 73). Com o objetivo de reeducar o mecanismo de controlo postural foram realizadas atividades terapêuticas, as quais se baseiam no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés (o rolar, o sentar, o ficar na posição ortostática e a marcha). Estas atividades foram repetidas ao longo do EC, pois a reeducação do mecanismo de controlo postural, segundo Johnstone (1987) impõe repetição (Menoita, 2012).

A repetição voluntária é a única forma, segundo Kottke (1994) de desenvolver engramas⁴⁴, sendo necessárias “20 000 a 30 000 repetições de desempenho preciso de um padrão de atividade” (p. 442) para se iniciar o desenvolvimento de um engrama, números com os quais foram motivadas as pessoas para a crucialidade da repetição.

A cada três repetições de cada atividade foi proporcionado um período de descanso a cada pessoa, de modo a prevenir a fadiga, a qual segundo Kottke (1994, p. 446) “ocorre rapidamente durante as tentativas de atender às contrações precisas ou isoladas produzidas pelo controlo voluntário”. Kottke (1994) atenta que, a pessoa quando se apresenta fatigada a sua capacidade de concentração diminui e ocorrem erros durante o treino, praticando-se um padrão errado.

⁴⁴ Padrões pré-programados de actividade (Kottke, 1994).

Outras das atividades terapêuticas implementadas, em pessoas com AVC, com o objetivo de inibir a instalação do padrão espástico, aumentar a força e massa muscular, estimular a sensibilidade, integrar o hemicorpo lesado, aumentar a funcionalidade e o potencial e, prevenir complicações, foram: as automobilizações, a facilitação cruzada com carga no cotovelo e, a ponte (Menoita, 2012)⁴⁵.

Estas atividades foram demonstradas, ensinadas e treinadas para que as pessoas conseguissem realizar sem a presença do EEER (Kisner & Colbi, 2009; Hoeman et al, 2011). Em cada sessão foi validado o alinhamento corporal e corrigidos movimentos compensatórios realizados durante as mesmas.

A estimulação sensorial realizada através da execução das atividades terapêuticas, é crucial para diminuir o risco de lesões, por exemplo durante a realização de AVD (Duchene, 2011; Menoita, 2012).

Nas pessoas com alteração da sensibilidade táctil foi, também, realizado treino em superfícies com diferentes texturas, no CMFR utilizando um caderno com diferentes superfícies e, no domicílio utilizando objetos pessoais com diferentes texturas (tapete, prato, escova do cabelo, entre outras).

Com o objetivo de prevenir complicações nas pessoas com alterações da sensibilidade, foram implementadas intervenções, como: no Sr. V. que apresentava hipoalgesia da face à direita, encontrando-se portanto o risco de corte aumentado, foi aconselhado a usar máquina de barbear, preferencialmente, e, a realizar a tarefa num sítio iluminado.

Sendo a percepção sensorial um dos parâmetros da Escala de Braden, o risco de úlcera por pressão aumenta quando existem alterações da sensibilidade, tal como quando associado à imobilidade e/ou desnutrição. Assim, com a finalidade de prevenir úlceras por pressão⁴⁶ foram implementadas algumas estratégias como:

- incentivada a vigilância da pele diariamente,
- aconselhada a aquisição de um colchão de pressão alternada,
- aconselhados dispositivos preventivos de úlceras por pressão para cadeiras de rodas, tendo em conta as suas vantagens, as zonas de pressão de cada pessoa e, o preço (almofadas de assento de alvéolos ou

⁴⁵ UNIDADE CURRICULAR ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (Apontamentos). Prof. Dra. Maria do Céu Sá. ESEL, 2015.

⁴⁶ “95 % das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco” (Despacho nº 1400, 2015, p. 3882).

de gel, protecção do prolongamento dos pedais com espuma devido à pressão exercida pelos joelhos),

- aplicadas placas de gel na cadeira de banho,
- ensinamentos dos locais do corpo, em que nos diferentes decúbitos, se exerce maior pressão,
- ensinamentos para evitar o decúbito em que o local do corpo com úlcera por pressão fica em contacto com o colchão e, quando necessário deve ser realizado durante o menor tempo possível,
- ensinamentos sobre os posicionamentos correctos na cadeira de rodas, de modo a evitar aumento de pressão na região isquiática, como manter a flexão da coxofemoral a 90º,
- ensinamentos, a pessoas com força nos membros superiores, para que realizem alívio do peso a cada 15 minutos quando sentadas na cadeira de rodas (Preston, Tebben & Johnson, 2011).

As complicações respiratórias associadas à imobilidade mais comuns são as atelectasias e a pneumonia de estase (Carinhas, 2013). Com o objetivo de prevenir estas complicações, nas pessoas em que a sua mobilidade se encontra comprometida, foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória como: consciencialização e controlo da respiração com expiração com lábios semi-cerrados, respiração diafragmática, reeducação diafragmática sem resistência e com resistência manual, reeducação costal selectiva e global (com bastão) (Cordeiro & Menoita, 2012).

Além das medidas preventivas, foram prestados cuidados a pessoas com pneumonia de estase, com antecedentes de AVC, nestes casos para assegurar a permeabilidade da via aérea foi realizada drenagem postural modificada com manobras acessórias associadas e, posteriormente em posição de sentadas foi realizada tosse dirigida modificada. Nestas pessoas foi sempre realizada auscultação prévia e após os exercícios e, durante os exercícios as pessoas tinha colocado oxímetro, sendo mensurável o aumento da saturação periférica de oxigénio de 2/3 % após cada sessão e, a auscultação após apresentava menos ruídos adventícios.

No entanto, para que seja possível comunicar as necessidades de conforto, sejam elas do contexto físico, psicoespiritual, ambiental ou cultural, é necessário que exista uma comunicação eficaz. Assim, após avaliação da Sra. D. P. que

apresentava afasia⁴⁷ transcortical mista com aprosódia motora⁴⁸ foram implementadas intervenções de modo a aumentar a eficiência da sua comunicação, como:

- o elogio, quando compreendia ou se expressava correctamente,
- a prosódia, foram colocadas todas as emoções e intenções gestuais em linguagem verbal,
- os gestos,
- os tópicos de conversa foram de interesse da pessoa ou de importância imediata,
- dadas instruções pequenas e simples,
- aguardar o tempo para que possa responder (Boss & Wilkerson, 2011).

A cognição desempenha um papel decisivo no potencial de reabilitação, pois engloba nas suas componentes funcionais a atenção, a memória, a orientação, o julgamento, o raciocínio, a resolução de problemas e a função executiva, o que influencia a capacidade da pessoa de se lembrar e aprender nova informação, e/ou reaprender o autocuidado (Gatens & Musto, 2011). Constatando a importância dos processos cognitivos para o sucesso de um programa de reabilitação e, para a vida de cada pessoa, quando identificada uma alteração nos parâmetros da cognição, por exemplo na memória, foi realizado treino cognitivo recorrendo por exemplo a atividades lúdicas (jogar às cartas), identificação de pessoas em fotografias, identificação de objetos, cores, letras. Umpherd et al (2010) afirmam que em pessoas com lesões nos núcleos da base ou no cerebelo a conservação da memória do programa de treino motor implementado pode ser difícil, sendo necessário o uso de uma abordagem de substituição, por exemplo, produtos de apoio.

Tal como preconizado pelo RCEEEER (Regulamentonº125, 2011) foi promovida a mobilidade, a acessibilidade e a participação social das pessoas com alterações neurológicas, através da identificação de barreiras arquitectónicas e orientação para a eliminação das mesmas.

Foram identificadas em conjunto com as pessoas e/ou cuidador informal várias barreiras arquitectónicas como: tapetes, armários que não permitam a deslocação em cadeira de rodas, escadas, passadeiras sem rampas ou edifícios

⁴⁷ Consoante as suas características podem ser classificadas em afasia de Broca, de Wernicke, de condução, global, transcortical (motora, sensorial ou mista) ou anómica (Boss & Wilkerson, 2011).

⁴⁸ Com discurso linear, monótono e com perda de gestos espontâneos (Boss & Wilkerson, 2011).

sem escadas; tendo sido eliminadas pelos cuidadores informais: tapetes e armários. Ao promover a eliminação de barreiras arquitetónicas foi aumentada a mobilidade das pessoas, a sua segurança, diminuindo o risco de queda e, conseqüentemente melhorada a sua qualidade de vida (Teles, 2006; Despacho nº 1400, 2015).

Com a finalidade de diminuir o risco de queda, foram delineadas intervenções de acordo com os dados fornecidos pela Escala de Morse, valorizando individualmente cada um dos seus 6 parâmetros. No CMFR, no caso senhora Z. com alto risco de queda⁴⁹, que apesar consciente das suas limitações, tem equilíbrio dinâmico ineficaz de pé tendo apresentado duas quedas, foram otimizados os cuidados em conjunto com a senhora, foram colocadas na cadeira de rodas, rodas anti volteio, que previnem a queda da cadeira quando a pessoa se senta de forma rápida e insegura, foi, também aconselhada pinça de cabo longo alcançadora de objetos e, reforçado treino de equilíbrio⁵⁰.

Noutro caso, o Senhor D., também com alto risco de queda⁵¹ mas que se esquece das suas limitações e apresenta equilíbrio dinâmico e estático ineficaz em pé, em parceria com a família foi decidido colocar imobilizador de tronco na cama e na cadeira de rodas, rodas anti volteio na cadeira de rodas (para que a cadeira se mantenha estável, mesmo quando se inclina) e, manter as grades da cama.

Associando às estratégias individualmente implementadas, a correta adaptação dos planos de trabalho nas cadeiras de rodas, a colocação de rodas anti volteio a todas as pessoas, a verificação das condições de segurança das cadeiras de rodas (parafusos, braços e pé bem adaptados), o uso de tapetes antiderrapantes durante o vestir e despir e, o aconselhamento do uso de produtos de apoio (pinça de cabo longo), preveniu-se a ocorrência de quedas.

⁴⁹ Score 60 - com queda nos últimos 3 meses; com diagnóstico de traumatismo cranioencefálico e epilepsia; desloca-se em cadeira de rodas; não tem terapêutica intravenosa; andar dependente de ajuda devido a equilíbrio dinâmico de pé ineficaz; consciente das suas limitações.

⁵⁰ Exercício 1 - com a pessoa em pé com os pés ligeiramente afastados aplicadas pequenas perturbações externas que causem perda de equilíbrio para a frente, com o objetivo de que a pessoa com o movimento da articulação tibiotársica retome uma posição estável; exercício 2 - com a pessoa em pé com os pés ligeiramente afastados aplicadas pequenas perturbações externas laterais que provoquem a transferência de peso do corpo de um membro inferior para o outro (Kloos & Heiss, 2009).

⁵¹ Score 75 - com antecedentes de queda nos últimos três meses; com diagnóstico de traumatismo cranioencefálico, insuficiência cardíaca; desloca-se em cadeira de rodas; não tem terapêutica endovenosa; andar dependente de ajuda devido equilíbrio dinâmico e estático ineficaz em pé; esquece-se das suas limitações.

2.1.3. Ensina, demonstra e treina os cuidadores informais

Com a finalidade de maximizar as capacidades funcionais da pessoa com alterações neurológicas, prevenir complicações, promover a continuidade de cuidados no domicílio, prevenir reinternamentos, aumentar a qualidade de vida e, promover o conforto da díade cuidador informal/pessoa, ao longo do EC, foram realizados ensinamentos, demonstrações e treino das técnicas implementadas aos cuidadores informais⁵² (Regulamento nº125, 2011; Simões & Grilo, 2012).

Estes são clientes escondidos, que necessitam de proteção, pois ao cuidarem de pessoas dependentes vários efeitos adversos podem surgir, sejam eles do ponto de vista físico, psicológico (por exemplo: isolamento social, disfunções familiares) ou económico (Simões & Grilo, 2012). Assim, devem ser abordados como clientes para serem evitados danos para os próprios ou para as pessoas cuidadas, tal como diminuição a qualidade dos cuidados prestados, ou abandono (Reinhard et al, 2008).

Durante o EC na ECCL, sobressaiu a necessidade do cuidador informal ser abordado como cliente (Reinhard et al, 2008; Reinhard, Levine & Samis, 2012 & Duarte, 2010), pois sem cuidador não é possível que pessoa permaneça no domicílio (Duarte, 2010). Necessidade que foi exacerbada pelo facto da maioria dos cuidadores em ECCL serem idosos e, não usufruírem de estruturas de suporte adequadas. Nestes casos, foram realizadas mais visitas que as necessárias para a pessoa com alterações neurológicas, como objetivo de cuidar da díade, validando os ensinamentos efectuados, prestando apoio emocional ao cuidador, através, principalmente, do reforço positivo (Duarte, 2010) e, colaborando na prestação de cuidados (por exemplo: cuidados de higiene, transferências, alimentação).

Com o propósito de promover a saúde física e emocional do prestador de cuidados, foram aconselhados comportamentos de bem-estar (Gatens & Musto, 2011), como por exemplo foi encorajada cuidador informal idosa, esposa de uma pessoa com Parkinson, a que os filhos cuidassem do pai pelo menos um dia por mês, para que tivesse um dia por mês só para si.

No CMFR os cuidadores informais foram envolvidos no processo de reabilitação desde o início do internamento, o que permitiu programar

⁵² Cuidador informal é descrito por Reinhard, Given, Petlick & Bemis (2008) como um membro da família, amigo ou vizinho não remunerado, que presta cuidados a uma pessoa que tem uma condição aguda ou crónica. Cuidados que se podem restringir a um curto período, ou nos casos de doenças crónicas pode prolongar-se por mais de 40 anos e, em termos de tempo despendido semanalmente, 1 em cada 5 cuidadores informais, em média fornece mais de 40 horas (Reinhard et al, 2008).

atempadamente a alta, cumprindo assim os dias de internamento previstos e, permitindo que, quando as pessoas eram transferidas para a comunidade a sua reintegração fosse realizada com sucesso (DGS, 2004; Duarte, 2010). Estes são, portanto, os grandes alicerces na continuidade de cuidados no domicílio (Duarte, 2010) possibilitando a reintegração das pessoas no domicílio e na comunidade (Regulamento nº125, 2011).

Como preconiza a DGS (2004) durante o planeamento da alta no CMFR era realizada uma avaliação prévia das necessidades físicas e psicossociais após alta da pessoa e/ou cuidador informal em reunião multidisciplinar e, quando necessária uma avaliação mais detalhada das necessidades físicas (produtos de apoio, barreiras arquitectónicas, entre outras) era realizada uma visita ao domicílio da pessoa, pelo EEER ou pelo Fisioterapeuta.

Para facilitar a reintegração no domicílio das pessoas internadas no CMFR, estas são incentivadas a passar o fim-de-semana em casa, logo que a pessoa e/ou cuidador informal demonstrem vontade e, segurança na execução das técnicas ensinadas. Esta experiência proporciona à díade pessoa/cuidador contacto com as barreiras arquitectónicas do ambiente que os rodeia, percepção da importância dos produtos de apoio e, consciência da necessidade de serviços de apoio.

No caso de alta para uma instituição, após a selecção desta e confirmada a admissão da pessoa era realizado um contacto telefónico pelo EEER, com o objetivo de informar o estado funcional da pessoa e de indagar a existência dos produtos de apoio necessários.

No momento da alta, seja para o domicílio ou para uma instituição, foi realizada uma nota de alta, a qual incluía a avaliação final da pessoa e as intervenções implementadas nesta fase, de modo a promover a sua continuidade, prevenindo complicações (Regulamento nº 125, 2011; Regulamento nº 350, 2015).

2.1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas nas diferentes dimensões da pessoa

Por fim, após implementação dos planos de reabilitação, foi realizada a monitorização dos resultados obtidos (Regulamento nº125, 2011) utilizando o MIF e a Estrutura Taxonómica do Conforto de Kolcaba.

Devido à limitação do tempo, apenas foram analisados os dados da avaliação final de 4 pessoas com alterações neurológicas. Através da aplicação da MIF foi possível mensurar os ganhos funcionais de cada pessoa (Riberto et al, 2004), dados apresentados em gráfico que podem ser consultados em Apêndice III.

Ao analisar os gráficos pode concluir-se que em três das pessoas apresentadas existiu aumento da funcionalidade após a implementação do plano de reabilitação. Os ganhos foram mensuráveis nos domínios – banho, vestir a metade superior do corpo, vestir a metade inferior do corpo, utilização da sanita -, na locomoção – marcha -, nas transferências – cama/cadeira, sanita, banheira/duche – e, na consciência do mundo exterior – interação social, resolução de problemas do quotidiano.

Por outro lado, na Pessoa A o valor em todos os domínios da MIF manteve-se ao longo do EC, o que por si não indica insucesso da implementação do plano de reabilitação, pois a intervenção do EEER visa não só maximizar o potencial funcional das pessoas, mas também manter o seu potencial e as suas capacidades funcionais (Regulamento nº125, 2011).

Após aplicação da Estrutura Taxonómica do Conforto de Kolcaba, no final do EC, das 54 necessidades de conforto identificadas nas 4 pessoas analisadas, apenas 7 das necessidades não foram enquadradas em nenhuma das células da estrutura, ou seja, verificamos que a maioria atingiu um tipo de conforto nas suas necessidades.

O tipo de conforto prevalente, nas 4 pessoas avaliadas, foi o alívio. Consideramos que esta situação possa estar relacionada com o facto, de que as pessoas com dependência no autocuidado priorizavam, a curto prazo, a sua satisfação, protelando para longo prazo a aquisição de calma para um desempenho eficiente ou o desenvolvimento de capacidade para se abstrair dos problemas e planear um futuro adequado ao seu potencial.

Com o propósito de enquadrar todas as necessidades na Estrutura Taxonómica do Conforto e, desta forma tornar as pessoas confortáveis, as intervenções foram reformuladas em parceria com a pessoa e/ou cuidador informal, analisando qual o tipo de conforto possível, visto que, quando não é possível atingir alívio ou tranquilidade devemos planear intervenções para atingir a transcendência. Ao atingir a transcendência a pessoa tem a capacidade de se abstrair da sua situação de doença, conseguindo planear o futuro (Kolcaba, 2003).

2.2 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista resultam de um aprofundar de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, sendo um Enfermeiro Especialista definido como um enfermeiro de “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (Regulamento nº122, 2011, 8649).

Ao longo deste subcapítulo são partilhados acontecimentos, experiências, perspectivas que visam certificar que foram desenvolvidas as competências comuns⁵³ do enfermeiro especialista, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, demonstrando que foi alcançada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, aptidão para a investigação (Regulamento nº 122, 2011).

Este divide-se em quatro secções, as quais correspondem aos quatro domínios das competências comuns, incluídos no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) e, o seu título corresponde ao objetivo delineado para desenvolver cada domínio:

- ✓ **Desenvolver uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** corresponde ao Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- ✓ **Desempenhar um papel dinamizador na melhoria da qualidade e, cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico** reflecte o Domínio da melhoria da qualidade
- ✓ **Desenvolver a capacidade de gestão de cuidados** representa o Domínio da gestão dos cuidados
- ✓ **Desenvolver autoconhecimento e assertividade e baseia a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento** evidencia o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122, 2011).

⁵³ “Competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 122, 2011, p. 8649).

2.2.1 Desenvolve uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Considerada um valor ético básico, é essencial o respeito pela autonomia⁵⁴ para se atingir a satisfação das pessoas durante o processo de reabilitação (Hoeman, Duchene & Vierling, 2011; Regulamento nº350, 2015). Segundo a literatura, a promoção da autonomia propícia níveis mais elevados de satisfação, diminuição dos níveis de dependência (Cabete, 2012) e, maior adesão ao regime terapêutico implementado (Hain & Sandy, 2013).

Corroborando a importância da autonomia, esta foi promovida ao longo do EC através de inúmeras intervenções, como: construindo o plano de reabilitação em conjunto com a pessoa e/ cuidador informal, fornecendo informações sobre as vantagens das intervenções sugeridas e, respeitando a tomada de decisão de cada pessoa.

Por outro lado, quando as pessoas não tinham capacidade para exercer a sua autonomia, como nos casos de afasia global, foi crucial uma avaliação inicial minuciosa junto da família, sobre as rotinas, os rituais, as relações, o comportamento, as tomadas de decisão, para que as intervenções implementadas se conjugassem com as preferências da pessoa, mantendo a sua dignidade (Cabete, 2012).

Como preconizado no RCCEE, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) esteve patente nas diversas atividades ao longo do EC, pois configura deveres cujo objetivo é garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº122, 2011; Deodato, 2015).

Tendo presente a obrigatoriedade do EEER informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, explícita no Artigo 84º - Dever da Informação - do CDE (Lei nº 111, 2009), foi partilhada com as pessoas com alterações neurológicas a Lei da Acessibilidade, importante para a promoção da acessibilidade que “constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos” (Decreto-Lei nº 163, 2006, p. 5670) e, foram informadas do Guia de Acessibilidade e Mobilidade para Todos (Teles, 2006)

⁵⁴ É um estado de se autorregular, o direito e liberdade de agir e a independência moral; é a maximização de recursos próprios para a escolha, de acordo com as oportunidades disponíveis, convertendo decisões em ações; é tomar decisões, na presença de informação adequada; é a autêntica e consistente tomada de decisão (Cabete, 2012).

que divulga e exemplifica a Lei da Acessibilidade (Decreto-Lei nº 163, 2006) e, tem como objetivo criar maior mobilidade e segurança aos cidadãos com mobilidade reduzida (Teles, 2006).

Concomitantemente, as pessoas foram incentivadas a recolherem informação na Segurança Social e na Autoridade Tributária e Aduaneira, com o propósito de conhecerem os seus direitos sociais, como nos casos da pessoa com défice motor com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, tem direito à isenção do Imposto Único de Circulação, se o seu veículo cumprir as características apresentadas no Decreto-Lei nº41 (2016).

Um outro aspeto muito importante, relacionado com a aquisição de competências neste domínio, foi a realização de registos individualizados assegurando a continuidade de cuidados e, respeitando desta forma o Artigo 83º - Do Direito ao Cuidado – do CDE (Lei nº 111, 2009). Em ambos os locais de EC os registos eram realizados em registo de papel, num impresso próprio. Na ECCI eram também realizados em sistema informático diariamente e, mensalmente era registada na plataforma da RNCCI a evolução da pessoa e atualizado o plano de reabilitação.

Verificamos que a estrutura e organização dos impressos para registos de enfermagem de reabilitação induzem a falta de individualização dos mesmos, logo seria importante que fosse criado um campo de preenchimento obrigatório para os cuidados individualizados (por exemplo: feedback da pessoa às intervenções implementadas ou motivo da recusa, avaliação das intervenções implementadas) (Karkkainen, Bondas & Eriksson, 2005).

Os Enfermeiros Especialistas são “especialistas do pormenor” (Hesbeen, 2003, p.85), pormenor que promove a prestação de cuidados holísticos. Propósito reforçado pelo CDE no Artigo 89º - Da humanização dos cuidados, que considera um dever do enfermeiro prestar cuidados holísticos.

Neste sentido, com o propósito de assumir a responsabilidade pela humanização de cuidados de enfermagem de reabilitação, foram realçados os pormenores de cada pessoa, demonstrando “um interesse autêntico” (Hesbeen, 2003, p.35) por esta, o que propiciou um aumento da motivação e participação nos planos de reabilitação. Foi também criado um ambiente favorável à prática de

cuidados⁵⁵ através de estratégias como: fornecimento de informações claras e precisas sobre a sua situação clínica, partilha de estratégias de *coping* para enfrentar a situação vivenciada, instigação ao exercício de autonomia (Silva et al, 2014).

Como preconizado no RCCEE (Regulamento nº122, 2011) foi promovida a protecção dos direitos humanos, corroborando com Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, que a considera crucial e, atesta no Artigo 1º que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” (Trad. United Nations, 1948). Em inúmeras intervenções implementadas esteve implícito o respeito pelos direitos humanos, como: o respeito pelas crenças religiosas mesmo de pessoas com défices cognitivos, quando na avaliação inicial foi apresentado como um hábito a ida semanal à eucaristia, o plano de trabalho foi otimizado, com a finalidade de integrar esta atividade no mesmo.

2.2.2 Desempenha um papel dinamizador na melhoria da qualidade e, cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico

Como previsto no RCCEE para promover melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na ECCI cooperamos na concepção e concretização de projectos institucionais, neste caso na implementação da MIF e, efetuamos a disseminação necessária à sua adaptação ao contexto⁵⁶ (Regulamento nº 122, 2011). Anteriormente aplicavam o Índice de Barthel, que apenas avalia o desempenho das pessoas nas atividades motoras, enquanto a MIF abrange o domínio cognitivo (Riberto et al, 2004) e, é considerada “um instrumento sensível aos ganhos funcionais desenvolvidos durante um programa de reabilitação ambulatorial” (Riberto et al, 2004, p.76).

Por outro lado, também foi promovido um ambiente espiritual gerador de segurança e protecção, como preconizado no RCCEE, divulgando e fundamentando

⁵⁵ O ambiente da prática de cuidados é uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem, influenciando o potencial de casa pessoa (Amaral & Ferreira, 2013; Silva et al, 2014).

⁵⁶ Com a finalidade de facilitar a utilização da MIF, foi construído um portefólio com a MIF traduzida para português por Laíns (1991), as suas orientações de preenchimento fornecidas pelo Guia para uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica (Laíns, 1991) e, estudos que validam a sua utilização.

a importância da sensibilidade, consciência e respeito pelas necessidades espirituais⁵⁷ das pessoas (Regulamento nº 122, 2011).

No decorrer do EC, surgiram alguns obstáculos na identificação das necessidades espirituais, pois nem sempre são evidentes, exigindo um olhar atento e treinado, podendo ser partilhadas, por exemplo, durante os cuidados de higiene (Finocchiaro, 2011).

Um plano de cuidados individualizado deve auxiliar as pessoas a reconhecer e gerir as suas necessidades espirituais (Finocchiaro, 2011), deste modo, após sua identificação, é necessário delinear intervenções. Considerada por Finocchiaro (2011) uma intervenção espiritual primária, estar presente, pode ser a mais eficaz, e foi a mais utilizada em EC. Estar presente para ouvir, reconhecer, tocar, criar empatia, mostrar preocupação, tranquilizar, explicar pacientemente, permitir que chorem ou gritem, compreender sem julgar.

Mantendo o objetivo de satisfazer as necessidades espirituais, outra intervenção espiritual utilizada foi o humor durante os cuidados de enfermagem (Finocchiaro, 2011). Apontada como uma intervenção autónoma de enfermagem, previamente à sua utilização, foi realizada uma avaliação da pessoa, de modo a saber se o humor era apropriado ou não, por exemplo, devemos saber se gosta de rir, quais as coisas que a fazem rir, se o uso do humor a faz sentir melhor, se se lembra de alguma experiência dolorosa onde o humor tenha servido de alívio (José, 2010). Quando adequado, o uso do humor⁵⁸ satisfaz as necessidades espirituais da pessoa promovendo o bem-estar, ajudando a lidar com situações difíceis e desagradáveis, aproxima a pessoa do profissional de saúde, influencia positivamente a capacidade de ter ou manter esperança e, promove relaxamento reduzindo o stresse (José, 2006).

Para prestar cuidados de qualidade, é essencial que o EEER atinga e encontre o seu equilíbrio, sendo, também, a utilização do humor entre profissionais fundamental, melhor o ambiente de trabalho e, ajuda os profissionais de saúde a lidar e ultrapassar dificuldades intrínsecas à profissão (José, 2006). José (2002, p.

⁵⁷ Encontrar significado e propósito para a vida, relacionamento, revisão de vida e conclusão de assuntos pendentes, esperança, otimismo, amor, perdão, garantir o bem-estar familiar, conforto e segurança, crenças e práticas religiosas ou espirituais, e preparação do corpo para a morte (Pinto, 2011).

⁵⁸ Para além da influência que tem nas necessidades espirituais, o humor tem também impacto noutros aspetos, que podem ser consultados em Apêndice IV.

44-45) parafraseando Robinson (1991) afirma “que a melhor forma para evitar *burnout* é rir e brincar”.

O humor é também importante junto dos cuidadores informais, ajudando-os a continuar a cuidar (José, 2006), assegurando desta forma a continuidade de cuidados. Apesar de todos os resultados que nos oferece o humor, este “não substitui o conhecimento científico (...) contudo (...) oferece a cuidadores e pessoas cuidadas uma dimensão humanizante da vida, demasiado valiosa para ser ignorada” (José, 2010, p. 204).

Em suma, o humor é uma intervenção autónoma de enfermagem, que não tem custos económicos, e pode trazer inúmeros benefícios para as pessoas de quem cuidamos e, para os profissionais, portanto foi integrado na prestação de cuidados, ao longo do EC, o Modelo SORRISO (**S**orrir, **O** olhar, **u**sa**R** intuição e imaginação, **paraR**, **ouviR**, **u**sar **S**ensibilidade, **considerar O** efeito da ação) (José, 2010).⁵⁹

Mas, para ser possível prestar cuidados de excelência, é necessário que na prestação dos mesmos não ocorram Lesões Musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), consideradas “lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou postura adoptada” (Uva, Carnide, Serranheira, Miranda & Lopes, 2008, p.11).

O risco de LMERT aumenta com a exposição a fatores de risco e, tendo em conta a sua duração, a sua intensidade e a sua frequência. Uma das chaves para a prevenção das LMERT é uma correta mecânica corporal, que exige coordenação entre o sistema musculoesquelético e o sistema nervoso, de modo a manter o equilíbrio⁶⁰, a postura⁶¹ e o alinhamento corporal⁶² durante os cuidados de enfermagem (Carinhas, 2013). Coordenação que durante as sessões de reabilitação realizadas, foi difícil de alcançar pois a preocupação centrava-se apenas no alinhamento corporal das pessoas cuidadas e na sua segurança.

No entanto, a utilização da mecânica corporal pelo EEER na realização de mobilizações, no levantar e nas transferências é crucial para prevenir LMERT, com

⁵⁹ Construído por José (2010), na elaboração da sua Tese de Doutoramento, com base no Modelo SMILES de Borod.

⁶⁰ “Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio” (Carinhas, 2013, p.36).

⁶¹ “Posição do corpo no espaço, que envolve o mínimo de sobrecarga das estruturas com o menos gasto de energia, para o máximo de eficiência na utilização do corpo” (Carinhas, 2013, p.36).

⁶² “Posição do corpo em que os segmentos corporais estão colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia” (Carinhas, 2013, p.36).

este objetivo foram adoptadas e partilhadas estratégias como: manter a região dorso-lombar alinhada, fletir os joelhos, transferir a força para os membros inferiores, afastar os pés para aumentar a base de sustentação e conseqüentemente o equilíbrio e, posicionar os pés na direcção do movimento, de modo a promover o alinhamento corporal (Carinhas, 2013).

2.2.3 Desenvolve capacidade de gestão de cuidados

Com a finalidade de desenvolver competências de gestão de cuidados foram realizadas reflexões críticas, nas quais imergiram ideias partilhadas em EC com o propósito de otimizar as respostas de enfermagem e da equipa multidisciplinar gerindo os recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados, como preconizado no RCCEE (Regulamento nº122, 2011).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2014), cuidados de elevada qualidade são o resultado da soma de uma força de trabalho de enfermagem num bom ambiente de trabalho. Por outro lado, quanto melhor o ambiente de trabalho, menores são as hipóteses de erro (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2014) e, melhor a evolução ao nível funcional das pessoas cuidadas (Amaral & Ferreira, 2013).

Com o propósito que existam resultados mensuráveis do que será necessário mudar em cada serviço para melhorar o ambiente de trabalho, pode aplicar-se a escala *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*⁶³. Escala que integra 5 dimensões: participação nas políticas hospitalares, fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, capacidade de gestão, liderança e apoio aos enfermeiros, adequação dos recursos humanos e materiais, relação colegial entre médicos e enfermeiros (Amaral & Ferreira, 2013).

Em concordância com o abordado, os Hospitais íman, conceito iniciado nos Estados Unidos da América, mas a propagar-se a nível internacional, considerados Hospitais com capacidade de atrair e manter enfermeiros com boas qualificações e prestar constantemente cuidados de qualidade, têm critérios imperiosos para manter um ambiente favorável, em que sublinham o conceito de autonomia dos enfermeiros, envolvem a equipa de enfermagem na definição do ambiente de trabalho e, reforçam a necessidade de formação contínua. Mantendo um ambiente favorável, os

⁶³ Validada para a população portuguesa por Amaral, Ferreira & Lake em 2012 (Amaral & Ferreira, 2013).

enfermeiros têm taxas mais baixas de *burnout*, existe maior satisfação profissional e melhores resultados para as pessoas (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002, citados por Bauman, 2007).

A adequação dos recursos humanos é também um elemento-chave para o aumento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados. Assim, a OE criou a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, descrevendo que o rácio apropriado, não se resume apenas ao número de horas de cuidados por pessoa e, por dia ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos, mas também deve albergar as competências profissionais, a arquitectura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação (Regulamento nº533, 2014).

Por exemplo, esta norma refere que, em ECCI o rácio de EEER deve ser de 7 pessoas por cada um, devendo ser tidas em consideração a acessibilidade e o nível de dependência das pessoas (Regulamento nº533, 2014) mas, não inclui o tempo despendido com os cuidadores informais. O acréscimo da necessidade de cuidados em cada visita, por exemplo com ensinamentos ao cuidador, já se encontra ajustado na ECCI onde foi realizado o EC, onde cada EEER tem apenas 4 visitas por dia, tendo estipulado em média 90 minutos por cada visita domiciliária.

Por outro lado, ao conceber e implementar planos de cuidados individualizados e, em constante actualização, foi construído um caminho que pretendeu impulsionar um processo de evolução, promovendo o desenvolvimento e o crescimento das equipas e, realçando a autonomia de cada pessoa (Saraiva, 2009; Mateus, 2013).

2.2.4 Desenvolve autoconhecimento e assertividade e baseia a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento

A capacidade de reconhecer e antecipar de situações de eventual conflitualidade deve ser evidente no desempenho profissional do enfermeiro especialista (Regulamento nº122, 2011), portanto, como no decorrer do EC o processo de reabilitação foi vivenciado pelas pessoas e cuidadores como um processo de cura, foi essencial o uso de uma linguagem clara na comunicação dos objetivos do plano de reabilitação, com a finalidade de antecipar, ou mesmo evitar situações de conflito (Borges, 2013).

Para uma gestão de conflitos eficaz é essencial a gestão das emoções, influenciada pela inteligência emocional⁶⁴ que determina o potencial de cada um para aprender as competências emocionais que se baseiam em cinco elementos: autoconsciência, motivação, autodomínio, empatia e talento nas relações (Goleman, 2012).

As competências emocionais influenciam o desempenho de todas as atividades e, são consideradas duas vezes mais importantes que as competências cognitivas (Goleman, 2012). Considerando a ideia anterior e aliando que o Enfermeiro Especialista deve possuir uma elevada consciência de si, demonstrando capacidade de gestão das suas emoções (Regulamento nº122, 2011), tornou-se imperativo o desenvolvimento de competências emocionais.

Com o objetivo de manter sempre uma resposta eficiente como EEER, gerindo sentimentos e emoções foi desenvolvida a competência emocional – autodomínio. Ao desenvolver esta competência foi aumentada a capacidade de manter as emoções sob controlo, conseguindo cumprir o plano de trabalho, mantendo cuidados de qualidade e, uma postura positiva.

Por outro lado, com a finalidade de desenvolver uma praxis clínica baseada em padrões de conhecimento, foi desenvolvida a competência emocional - inovação, que fornece a capacidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos através da pesquisa em bases de dados e/ou livros científicos (Regulamento nº122, 2011; Goleman, 2012).

Os conhecimentos resultantes da pesquisa elaborada foram essenciais para uma prática baseada na evidência, que consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10) e, quando implementada aumenta a qualidade dos cuidados (Levin & Feldman, 2006).

Após a aquisição de conhecimentos ao longo deste percurso foi construída uma sólida base de conhecimentos da disciplina de enfermagem e de outras, que permitiu fundamentar todos os processos de tomada de decisão (Regulamento nº 122, 2011).

⁶⁴ “A capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2012, p. 323).

No entanto, é necessária actualização de modo a manter um padrão de conhecimento atual e pertinente (Regulamento nº 122, 2011). Neste contexto participamos: no 4º Simpósio de Enfermagem em Neurologia⁶⁵; nas Primeiras Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do CHLO – da formação à prática –⁶⁶; e, no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2016 e II Seminário Internacional de Atualidades em Enfermagem de Reabilitação⁶⁷, no qual integramos o Workshop de aplicação de bandas neuromusculares.

⁶⁵ No qual foram apresentados os seguintes temas: Multidisciplinaridade na EM, Demência: uma epidemiologia global, Acidente Vascular Cerebral: da emergência à reabilitação e, Cuidados Paliativos: refletir para cuidar.

⁶⁶ Na qual foram apresentados projetos implementados por EEER nos diferentes serviços do CHLO, tais como: Contributo do EEER no doente crítico, Aplicação da Escala de Guss, Intervenção do EEER na recuperação do doente submetido a cirurgia cardíaca – a perspectiva do doente, Reabilitação da pessoa com Traumatismo Vertebral Medular, Reabilitação Motora no doente com AVC e, Reabilitação do doente amputado.

⁶⁷ Ao longo do qual foram apresentadas comunicações livres nacionais e brasileiras que divulgavam projetos na área da reabilitação implementados em diferentes serviços, foi discutido o impacto económico das doenças crónicas, a enfermagem de reabilitação na comunidade, a enfermagem de reabilitação na RNCCI, a deficiência física na realidade brasileira, entre outros temas.

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

Terminado este percurso, consideramos ter atingido os objetivos propostos e, conseqüentemente desenvolvido competências, para a aquisição da categoria de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Este teve por base o RPQCEER, o qual incitou a procura permanente da excelência do exercício profissional e, conseqüente melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação através do desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação sustentadas nos enunciados descritivos (satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e, organização dos cuidados de enfermagem) (Regulamento nº 350, 2015).

Estas intervenções foram concebidas, implementadas e monitorizadas após uma avaliação holística de cada pessoa, o que evidenciou o desenvolvimento das competências específicas do EEER (Regulamento nº125, 2011).

Por outro lado, o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista foi demonstrado por um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, demonstrando uma prática que respeita os direitos humanos, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro, desenvolvendo a capacidade de gestão de cuidados, demonstrando autoconhecimento e assertividade, sustentando os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, actuais e pertinentes e, sendo facilitadores nos processos de aprendizagem e agentes ativos no campo da investigação (Regulamento nº122, 2011).

O projeto delineado tinha como população alvo as pessoas com diagnóstico de EM, mas, como abordado, poderia ser alargado a todas as pessoas com alterações neurológicas, mantendo a base do objetivo geral de desenvolver competências que permitam proporcionar conforto. Esta ressalva tornou-se essencial para o desenvolvimento do EC, pois em ECCI não se encontrava nenhuma pessoa com EM a realizar reabilitação e, apenas uma se encontrava internada no CMFR, não sendo no serviço onde foi realizado o EC. Realidade que valida os dados apresentados no XI Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla em 2014 (Martins & Cabrita, 2014), anteriormente expostos.

Ainda assim, foi proporcionado pelos orientadores de EC o contacto informal com duas pessoas com este diagnóstico. Uma das oportunidades em ECCI a uma senhora com EM primária progressiva que realizava reabilitação em ambulatório para prevenir o isolamento social e, no CMFR acompanhei um treino de vestuário no Departamento de AVD a uma pessoa com EM secundária progressiva.

O percurso desenvolvido foi acompanhado de evolução a nível profissional, que se encontra intrínseca ao desenvolvimento dos objetivos delineados e, facilitada pela seleção da Teoria do Conforto de Kolcaba para a sustentação da construção dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação. Esta teoria aumentou a motivação e satisfação no desempenho das atividades planeadas, devido ao facto, de que mesmo quando as capacidades funcionais da pessoa estavam comprometidas, o conforto pode ser alcançado através das intervenções autónomas de enfermagem.

Com o objetivo de facilitar a operacionalização e aplicação da Teoria do Conforto ao longo do EC foi construído um guia teórico para a intervenção do EEER às pessoas com alterações neurológicas, o qual, também, simplificou a apresentação desta aos pares.

Na aplicação deste modelo teórico surgiu como obstáculo a necessidade constante de criatividade, considerada um dos pilares para a construção de intervenções de enfermagem individualizadas (Apóstolo, 2009). Outra das dificuldades na aplicação desta teoria encontrou-se relacionada com a identificação das necessidades de conforto e a sua monitorização, através da Estrutura Taxonómica do Conforto, quando a pessoa apresentava défices cognitivos e o cuidador não estava presente. Nestes casos, foi o EEER que identificou as necessidades de conforto e, posteriormente as enquadrava na Estrutura, consoante a sua avaliação. Estes dados eram validados, logo que possível, com o cuidador e/ou com a pessoa assim que recupera-se os seus défices. Após esta validação, constatamos que não se encontravam todas as necessidades da díade identificadas, sendo reformulado o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Por outro lado, quando após a implementação do plano de cuidados a díade não enquadrava algumas das suas necessidades na Estrutura Taxonómica do Conforto, não foi possível validar a efectividade das intervenções implementadas para promover o conforto, pois não foi avaliado o nível de desconforto prévio e posterior à intervenção do EEER.

Durante o EC foram concretizados momentos de avaliação, os quais possibilitaram a avaliação de diversos momentos de aprendizagem, através de uma reflexão crítica sobre ações executadas (Vieira, 2013). Existiram também momentos de heteroavaliação, realizados pela Docente da ESEL e pelos EEER orientadores, encontrando-se os últimos em Anexo VIII.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Corroborando com a bibliografia consultada e após a avaliação das intervenções implementadas, pode concluir-se que a intervenção do EEER é decisiva no processo terapêutico das pessoas com alterações neurológicas ao desenvolver planos de cuidados individualizados, com a finalidade de maximizar/manter a funcionalidade, capacitar as pessoas para desenvolver o seu potencial, prevenir complicações e, promover o conforto.

Pessoa que se encontra inserida num contexto, logo a sua situação de doença também influencia o cuidador informal, essencial para a reintegração da pessoa no domicílio e para a continuidade de cuidados. Compreendendo a crucialidade do cuidador nos cuidados à pessoa com alterações neurológicas, este também foi alvo dos cuidados de modo a promover o seu conforto e evitar danos.

A participação em diferentes sessões de formação, além de, permitir a actualização e aquisição de conhecimentos possibilitou a análise de diferentes realidades, o que fomentou a análise crítica e, o planeamento de projetos enquanto EEER, como: A implementação da Teoria do Conforto de Kolcaba, A intervenção do EEER na deglutição e, Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

Considerando as vantagens da utilização da Teoria do Conforto de Kolcaba na prestação de cuidados, pretendemos desenvolver um projeto de implementação da desta teoria, no serviço onde desempenhamos funções actualmente. Neste projeto, ambicionamos englobar a monitorização do nível de desconforto associado a cada necessidade de conforto, antes e após a implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim, mesmo quando as necessidades de conforto não se enquadram na Estrutura Taxonómica do Conforto, será possível validar a eficácia das intervenções implementadas.

Apesar dos conhecimentos adquiridos na área da deglutição ao longo deste percurso, poucas foram as oportunidades para desenvolver competências neste âmbito, assim, e, sendo esta área considerada uma área de investigação prioritária em enfermagem de reabilitação para 2015-2025 (MCEER, 2015), com a concepção e implementação do projeto “A intervenção do EEER na deglutição” pretendemos definir intervenções do EEER para a pessoa com alterações na deglutição e, estudar a sua efetividade.

Este projeto pretende ser concebido e implementado no serviço onde desempenhamos funções actualmente, com o objetivo de diminuir as complicações associadas à disfagia. Corroborando com Braga (2016b) para que a abordagem à pessoa seja precoce diminuindo as complicações associadas disfagia, tencionamos sistematizar e protocolar a avaliação da pessoa com sinais de disfagia e, posteriormente iniciar o treino de deglutição que, preferencialmente deverá ser precedido de videofluoroscopia⁶⁸, com o objetivo de otimizar as intervenções a implementar.

Em relação ao projeto “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio” idealizamos, implementá-lo em parceria com colegas EEER, tendo como principais objectivos: a continuidade de cuidados no domicílio maximizando/mantendo as capacidades funcionais de cada pessoa, a promoção da sua independência (aconselhando a adaptação do domicilio e/ou carro às limitação da pessoa, recomendando a aquisição de produtos de apoio), a capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa, a plena reintegração da pessoa na comunidade promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, a diminuição de reinternamentos e, a promoção do conforto (Regulamento nº125, 2011; Regulamento nº350, 2015).

Consideramos que este relatório seja um contributo para a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, pois incorpora resultados da investigação, orientações de boas práticas baseadas na evidência e, a monitorização dos resultados obtidos com as intervenções implementadas (Regulamento nº350, 2015).

⁶⁸ Possibilita “a observação detalhada das estruturas anatómicas e a relação temporal dos fenómenos ocorridos nas fases oral e faríngea da deglutição durante a ingestão de alimentos de diferentes consistências e volumes, misturados ao contraste de bário” (Anéas & Dantas, 2014, p. 22).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: a practical approach* (5th Ed). Riverport Lane: Elsevier.
- Allison, L.K. & Fuller, K. (2010). Disfunções vestibulares e do equilíbrio. In D.A. Umphred (Ed.). *Reabilitação Neurológica* (pp. 654-694). São Paulo: Rio de Janeiro.
- Alverzo, J.P., Ward, M.R. (2011). Clients with Acute and Chronic Neurological Diseases. In C. S. Jacelon (Editor). *The Speciality Practice Rehabilitation Nursing* (pp.191-216). USA: Association of Rehabilitation Nurses.
- Alves, A., Ferreira, O. & Baixinho, C. L. (2016). Apreciação da pessoa a posicionar. In M.J. Lourenço, O. Ferreira & C.L. Baixinho (Coords). *Tfoipêutica de posição: contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 47 - 54). Loures: Lusodidacta.
- Amaral, A.F.S. & Ferreira, P.L. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(II), 66-74.
- Anéas, G.C.G. & Dantas, R.O. (2014). A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faríngea. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 21(1), 21-25.
DOI: 10.1016/j.jpg.2013.11.004
- Apóstolo, J.L.A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II Série (9), 61-67.

-
- Apóstolo, J.L.A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (documento de apoio). Acedido em: 05-09-2015. Disponível em:
http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Bastos, L.S. & Alves, M.P. (2013). As influências de Vygotsky e Luria à neurociência contemporânea e à compreensão do processo de aprendizagem. *Revista Práxis*, 5(10), 41-53. Acedido 05-05-2016. Disponível em:
<http://web.unifoa.edu.br/praxis/ojs/index.php/praxis/article/view/50>
- Bauman, A. (2007). *Ambiente favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade: instrumentos de informação e acção*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros. Acedido 16-01-2016. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- Bohannon, R. W. & Smith, M. B. (1987 Fev). Interrater Reliability of a Modified Ashworth Scale of Muscle Spasticity. *American Physical Therapy Association*, 67(2), 206-207.
DOI: 10.1093/ptj/67.2.206.
- Borela, M.P, SAcchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*, 17(2), 161-169. Acedido 05-06-2015. Disponível em:
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf>
- Borges, D. M. R. F. (2013). Gestão de conflitos: um desafio em enfermagem. In P. Parreira, R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Coords). *Gestão em Organizações de Saúde* (pp. 41-61). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

-
- Boss, B.J., Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.525-550). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people: an hermeneutic phenomenological research*. Saarbrücken: LAP – Lambert Academic Publishing.
- Campos, M.A. & Sousa, R. (2014). Nutrição e Deficiência(s). In C. Correia & P. Graça (Ed.). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direcção-Gfoil de Saúde.
- Carinhas, M.J.A. (Coord) (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à Pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros.
- Carrière, B. (2010). O tratamento do assolho pélvico na incontinência urinária e outras disfunções urinárias em homens e mulheres. In D.A. Umphred (Ed.). *Reabilitação Neurológica* (pp. 153-234). São Paulo: Rio de Janeiro.
- Carvalho, A. R., Rahn, M. E., Diedrichs, M., Lopes, A. C., Gregol, F., Grochoski, R., ..., Machado, M. A. (2010 Jan/Mar). Concordância inter-observador em testes de avaliação proprioceptiva do joelho por goniometria. *Fisioterapia e Pesquisa*, 17(1), 7-12. Acedido em 18-07-2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n1/02.pdf>

-
- Catharino, A.M.S., Guanes, L.G.L., Orsini, M. & Gonçalves, M.T. (2012). Avaliação Neurológica e Diagnóstico Cineticofuncional. In M . Orsini (Editor). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares – Abordagem Multidisciplinar* (pp. 45-80). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Chen, H., Epstein, J. & Stern, E. (2010). Neural plasticity after acquired brain injury: evidence from functional neuroimaging. *PM&R: The journal of injury, function and rehabilitation*, 2(12Supl2), 306-312.
DOI: 10.1016/j.pmrj.2010.10.006
- Cole, T. M. & Tobis, J. S. (1994). Medição da Função Musculoesquelética. In F. J. Kottke & J. F. Lehmann (Coord). Tratado da medicina física e reabilitação de Krusen (pp. 19-66). São Paulo: Manole.
- Conradsson, M., Lundin-Olsson, L., Lindelöf, N., Littbrand, H., Malmqvist, L., Gustafson, Y. & Rosendahl, E. (2007 Set). Berg Balance Scale: Interrater Test-Retest Reliability among Older People Dependent in Activities of Daily Living and Living in Residential Care Facilities. *Physical Therapy*, 87(9), 1155-1163.
DOI: 10.2522/ptj.20060343.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros. Acedido 05-12-2015. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2014). *Enfermeiros: Uma força para Mudar – Um Recurso Vital para a Saúde: Dia Internacional do Enfermeiro 2014*. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros. Acedido 05-12-2015. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2014_VF_2_proteg.pdf

Cordeiro, M.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (Coords) (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. Loures:Lusociência.

Costa-Dias, M.J.M., Ferreira, P.L. & Oliveira, A.S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(2), 7-17.

DOI: 10.12707/RIII1382.

Dalton, C., Farrel, R., Souza, A., Wujanto, E., Mckenna-Slade, A., Thompson, S. ... Greenwood, R. (2011 Mar). Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 26(2), 165-173.

DOI: 10.1177/0269215511405230

Decreto-Lei nº163/2006 de 8 de agosto (2006). Acessibilidade. *Diário da República 1ª Série*, Nº 152 (08-08-2006) 5670-5689.

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de abril (2009). Criação do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio. *Diário da República I Série*, Nº 93 (16-04-2009) 2275-2277.

Decreto-Lei nº41/2016 de 1 de agosto (2016). Finanças. *Diário da República 1ª Série*, Nº 1146 (01-08-2016) 2569-2578.

Deodato, S. (Coord) (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros.

Despacho nº 1400 – A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, Nº 28 (10-02-2015) 3882-3892.

Despacho nº 7197/2016 de 01 de junho (2016). Lista de produtos de apoio. *Diário da República, 2ª série*, Nº105 (01-06-2016) 17168-17185.

-
- Departamento do Desenvolvimento Social e Programas – Unidade de Intervenção Social (2016). *Guia Prático – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. [s.l.] Instituto da Segurança Social, I.P. Acedido 02-09-2015. Disponível em:
http://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7
- Direcção-Geral de Saúde (2004). *Circular Informativa Nº: 12/DSPCS - Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (2011). *Orientação da Direcção Geral de Saúde Nº 017/2011 – Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (2014). *Norma nº014/2014 – Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Duarte, S.F.C. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento. Disponível no RCAAP.
<http://hdl.handle.net/10451/3816>
- Duchene, P.M. (2011). Reabilitação envolvendo os Sentidos, Sensação, Percepção e Dor. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.499-524). Loures: Lusodidacta.
- Durall, C.J. & Sawhney, R. (2009). Força. In F.E. Hurber & C.L. Wells (Coords.). *Exercícios Terapêuticos: planeamento do tratamento para a progressão* (pp. 106-139). Loures: Lusodidacta.
- Edwards, S. (Ed.). (2004). *Fisioterapia Neurológica*. Loures: Lusociência.

Etges, C.L., Scheeren, B., Gomes, E. & Barbosa, L.R. (2014). Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. *CoDAS*, 26(5), 343-349.

DOI: 10.1590/2317-1782/20142014057.

Finocchiaro, D. N. (2011). Espiritualidade. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 629-645). Loures: Lusodidacta.

Fontoura, P. (2010). Fisiopatologia da Esclerose Múltipla. In R. Pedrosa (Coord.). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp.41-72). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.

Frankel, D. I. (2009). Esclerose Múltipla. In D. A. Umphred (Editor). *Reabilitação Neurológica* (pp.632 – 653). Rio de Janeiro: Elsevier.

Gatens, C. & Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.551-576). Loures: Lusodidacta.

Gender, A.R. (2011). Eliminação e Regulação Intestinal. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.387-410). Loures: Lusodidacta.

Glenn-Molali, N.H. (2011). Alimentação e Deglutição. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.295-318). Loures: Lusodidacta.

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (5ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

-
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M. & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for rehabilitation. *Topics in geriatric rehabilitation*, 1(3), 59-74. Acedido em 18/06/2016. Disponível em: http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx
- Hain, D. J. & Sandy, D. (2013). Partners in Care: Patient Empowerment through Shared Decision-Making. *Nephrology Nursing Journal*, 40 (2), 193-197.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S.P., Duchene, P.M. & Vierling, L. (2011). Questões Éticas e Legais em Enfermagem de Reabilitação. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 31-46). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S.P., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas actividades de vida diária. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.209-270). Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2016). *Estatísticas de Saúde 2014*. Lisboa: INE, I.P.
- José, H. M. G. (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- José, H. M. G. (2006). Humor: que papel na saúde? Uma revisão da literatura. *Pensar em Enfermagem*, 10 (2), 2-18.
- José, H. M. G. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como resposta humana*. Loures: Lusociência.

-
- Karkkainen, O., Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12 (2), 123-132.
- Khan, F., Turner-Stokes, L., Ng, L., Kilpatrick, T. & Amatya, B. (2011). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
DOI: 10.1002/14651858.CD006036.pub2.
- Kisner, C. & Colby, L.A. (Coords) (2009). *Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas*. (5ª ed.), São Paulo: Manole.
- Klein, A.N. & Nakazune, S.J. (2012). Terapia Ocupacional nas doenças neuromusculares. In M. Orsini (Editor). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares – Abordagem Multidisciplinar* (pp. 45-80). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kloos, A.D. & Heiss, D.G. (2009). Exercícios para problemas de equilíbrio. In C. Kisner & L.A. Colby (Coords). *Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas* (pp. 259-282). São Paulo: Manole.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kottke, F.J. (1994). Exercício Terapêutico para desenvolvimento da coordenação neuromuscular. In F. J. Kottke & J. F. Lehmann (Coord). *Tratado da medicina física e reabilitação de Krusen* (pp. 439-465). São Paulo: Manole.
- Laíns, J. (1991). *Guia para uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica*. Hospitais da Universidade de Coimbra: Coimbra. Acedido em 02/08/2015. Disponível em:
rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/541/1/Guia%20SUDRM.pdf

Latimer-Cheung, A.E., Pilutti, L.A., Hicks, A.L., Martin Ginis, K.A., Fenuta, A.M., MacKibbon, K.A. & Motl, R.W. (2013). Effects of exercise training on fitness, mobility, fatigue, and health-related quality of life among adults with multiple sclerosis: a systematic review to inform guideline development. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1800-1828.

DOI: 10.1016/j.apmr.2013.04.020.

Lei nº111/2009 de 16 de setembro (2009). Secção II: Do Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário da República 1ª série*, Nº 180 (16-09-2009) 6547-6549.

Levin, R. F. & Feldman, H. R. (2006). *Teaching Evidence-Based Practice in Nursing*. Springer Publishing Company: New York.

Lowe, L. M. & Cutcliffe, J. R. (2005). A concept analysis of comfort. In J. R. Cutcliffe & H. P. Mckenna (Ed). *A concept analysis of comfort* (pp. 51-64). Edinburgh: Elsevier.

Lundy-Ekman, L. (Ed.) (2008). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Mancinelli, C.A. & Davies, S.D. (2009). Amplitude do movimento e alongamento. In F.E. Hurber & C.L. Wells (Coords.). *Exercícios Terapêuticos: planeamento do tratamento para a progressão* (pp. 72-105). Loures: Lusodidacta.

Marques Pinto, V. (2001). Papel do Enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In J. M. Padilha, A. G. Cruz, V. M. Pinto, P. J. P. Queirós, F. M. D. Henriques, M. C. O. Alves ... M. I. A. Costa (Coords). *Enfermagem em Neurologia* (pp. 43-56). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.

Marques Pinto, V. L. C. & Conceição, A. P. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Sinais Vitais*, 80, 05-12.

-
- Marques Pinto, V.L.C. (2011). *Reconstrução mnésica do período de coma por traumatismo crânio encefálico*. Tese de Doutoramento. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.14/10129>
- Martinez-Assucena, A., Marnetoft, S., Rovira, T.R., Hernandez-San-Miguel, J, Bernabeu, M. & Martinell-Gispert-Sauch, M. (2010). Rehabilitation for Multiple Sclerosis, in Adults (II); Management and Impact on Impairment, Functioning, and Quality of Life: An Overview. *Critical Reviews™ in Physical and Rehabilitation Medicine*, 22(1-4), 139-179.
DOI: 10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v22.i1-4.100.
- Martins, M.S.O. & Cabrita, J. (2014). EMpower – Avaliação do impacto Esclerose Múltipla em doentes e cuidadores. In *XI Congresso Nacional da SPEM*, 6 Dez. 2014. Lisboa. Acedido em 01-10- 2015. Disponível em: <http://www.spem.pt/noticias/noticias-2014/603-spem-debateu-acesso-xi-congresso-nacional>
- Mateus, A. P. C. (2013). Gestão de Conflitos nas Equipas de Saúde. In P. Parreira, R. Melo, A. Castilho, R. Vieira & A. Amaral (Coords). *Processos de Mudança em Organizações de Saúde* (pp. 95-105). Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mavin, C. (2007). Caring for the patient with a disorder of the nervous system. In M. Walsh & A. Crumbie (Editores). *Watson's: Clinical Nursing and Related Sciences* (pp.652-730). Philadelphia: Baillière Tindall – Elsevier.
- Menoita, E. C. (Coord.) (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2011). Parecer Nº 12/2011 – Parecer sobre actividades de vida diária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 02-02-2016. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20-09-2015. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Miyamoto, S.T., Junior, I.L., Berg, K.O., Ramos, L.R & Natour, J. (2004). Brazilian version of the Berg balance scale. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37(9), 1411-1421. Acedido em 10-10-2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v37n9/5292.pdf>

Muscolino, J. E. (2008). *Cinesiologia, o Sistema do Esqueleto e a Função Muscular*. Loures: Lusodidacta.

Newland, P.K., Flick, L., Thomas, F. & Shannon, W. (2014). Identifying Symptom Co-Occurrence in Persons with Multiple Sclerosis. *Clinical Nursing Research*, 23 (5), 529-543.
DOI: 10.1177/11054773813497221

Oliveira, C.M.G.S. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões. Tese de Doutoramento. Disponível no RCAAP.
<http://hdl.handle.net/10451/3815>

-
- Pinto, S. M. O. (2011). *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica*. Dissertação de Mestrado. Disponível no Repositório Aberto da Universidade do Porto.
<http://hdl.handle.net/10216/63765>
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Preston, M., Tebben, C. & Johnson, K.M.M. (2011). Integridade da Pele. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Espoídos* (pp.271-294). Loures: Lusodidacta.
- Queiroz, M.A.R. (2012). Toxina Botulínica no tratamento de doenças neuromusculares. In M . Orsini (Editor). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares – Abordagem Multidisciplinar* (pp. 86-89). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ray, R. & Kavanagh, A. (2008). Parkinson's disease, multiple sclerosis and motor neuron disease. In E. Chang & A. Johnson (Editores). *Chronic illness & Disability* (pp. 329-350). Chatswood: Elsevier Australia.
- Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2ª Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República II Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.
- Regulamento nº533/2014 de 02 de Dezembro (2014). Norma para o cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República 2ª Série*, Nº 233 (02-12-2014) 30247-30254.

Regulamento nº350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República 2ª Série*, Nº 116 (22-06-2015) 16655-16660.

Reinhard S.C., Given, B., Petlick, N.H. & Bemis, A. (2008). Supporting family caregivers in providing care. In P.G. Hughes (Coord). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 347-410). Rockville: Agency for Healthcare research and quality.

Reinhard, S.C., Levine, C. & Samis, S. (2012 Out). *Home alone: family caregivers providing complex chronic care*. Washington: AARP. Acedido em: 15-10-2015.

Disponível em:

http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/public_policy_institute/health/home-alone-family-caregivers-providing-complex-chronic-care-rev-AARP-ppi-health.pdf

Rezende, A.A.B., Silva, I.L., Cardoso, F.B. & Beresford, H. (2010). Medo do idoso em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional. *Acta Fisiatra*, 17(3), 117-121. Acedido 16-01-2016.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/228508911>

Ribeiro, A. C. F. (2012). *Guia de Produtos de Apoio low-cost*. Guimarães: Rede Social de Guimarães. Acedido em: 09-09-2015. Disponível em:

http://redesocial.cm-guimaraes.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=4193

Riberto, M., Mkiyazaki, M.H., Jucá, S.S.H., Sakamoto, H., Pinto, P.P.N. & Battistella, L.R. (2004). Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatra*, 11(2), 72-76.

DOI: 10.5935/0104-7795.20040003

-
- Richards, S. & Boling, B. (2016 Mar). Neurological Assessment: assessing sensory function. Acedido em: 15-05-2016 de Nursing Reference Center. Disponível em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=T704644&site=nrc-live>
- Rocha, C. & Redol, F. (2016). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com alterações da eliminação vesical e intestinal. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 271-279). Loures: Lusodidacta.
- Rousseaux, M & Pérennou, D. (2004). Comfort care in severely disabled Multiple Sclerosis patients. *Journal of The Neurological Sciences*, 222(1-2), 39-48.
DOI: 10.1016/j.jns.2004.04.002
- Sá, J. (2012). Editorial. *Sinapse – Suplemento 1*, 12(2), 3-4. Acedido em 30/05/2015.
Disponível em:
http://www.spneurologia.com/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=76&Itemid=56
- Sangelaji, B., Hatamizadeh, N, Rashvand, F & Kazemnejad, A. (2010). Study about the effects of rehabilitation on quality of life in Multiple Sclerosis. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*, 20(71). Acedido em: 01-07-2015. Disponível em
<http://journals.sbm.ac.ir/en-jnm/article/view/2314/2015>
- Saraiva, D. M. R. F. (2009). Estratégias de negociação de conflitos: aplicados à enfermagem. *Nursing*, 244, 26-30.

-
- Scheuringer, M., Grill, E., Boldt, C. & Stucki, G. (2011 Mar). Latent class factor analysis of the Functional Independence Measure confirmed four distinct dimensions in patients undergoing neurological rehabilitation. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 47(1), 25-34. Acedido 20-05-2015. Disponível em:
<http://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2011N01A0025>
- Silva, J. M. A. B. (2010). Reabilitação na Esclerose Múltipla. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 373-384). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Silva, F.L.F., Oliveira, R.C.C., Sá, L.D., Lima, A.S., Oliveira, A.A.V., Collet, N. (2014). Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(2), 210-218.
DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i2.22015.
- Simões, S.C.A. & Grilo, E. (2012). Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *ESALD - Artigos em revistas com arbitragem científica*. Acedido em: 11-11-2015. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10400.11/1718>
- Stehno-Bittel, L. (2008). Neuroplasticidade. In L. Lundy-Ekman (Editor). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação* (pp. 61-70). (3ª Ed.), Rio de Janeiro: Elsevier.
- Stevens, K.A. (2011). Eliminação e Continência Urinária. In S.P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (pp.351-386). Loures: Lusodidacta.

-
- Tate, R. L. (2010). *A compendium of tests, scales and questionnaires – The Practitioner’s guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. New York: Psychology Press.
- Teles, P. (Coord) (2006). *Guia – Acessibilidade e Mobilidade para Todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. Porto: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Acedido em: 15-09-2015. Disponível em:
<http://www.inr.pt/uploads/docs/acessibilidade/GuiaAcessEmobi.pdf>
- Thompson, H. & Mauk, K., (Eds) (2011). *Nursing Management of the patient with Multiple Sclerosis. AANN, ARN, and IOMSN Clinical Practice Guideline Series*. Teva Neuroscience. Acedido em 03/05/2015. Disponível em:
<http://www.rehabnurse.org/uploads/cpgms.pdf>
- Umphred, D.A., Byl, N.N., Lazaro, R.T. & Roller, M.L. (2010). Intervenções em pacientes com limitações do movimento. In D.A. Umphred (Ed.). *Reabilitação Neurológica* (pp. 153-234). São Paulo: Rio de Janeiro.
- United Nations (1948). The Universal Declaration of Human Rights. [s.l.] United Nations. Acedido em: 05/03/2016. Disponível em:
<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Uva, A. S., Carnide, F., Serranheira, F., Miranda, L. C. & Lopes, M. F. (2008). *Guia de Orientação para prevenção das Lesões Musculoesqueléticas e relacionadas com o trabalho: Programa Nacional das Doenças Reumáticas*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Acedido em: 31-01-2016. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/?cr=12830>

Valente Ribeiro, P.C.P.S. (2012). *A natureza do processo do conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar construção de uma teoria explicativa – projeto integrado da vivência e cuidado co-criado*. Tese de doutoramento. Disponível no RCAAP.

<http://hdl.handle.net/10400.14/12685>

Vieira, I. M. A. (2013). *A auto-avaliação como instrumento da regulação da aprendizagem*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RCAAP.

<http://hdl.handle.net/10400.2/2934>

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Acedido 08/08/2016. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=>

APÊNDICES

APÊNDICE I
PROJETO DE ESTÁGIO



6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla

Ana Lúcia Tavares Pereira

Nº6102

Lisboa

2015



6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla

Ana Lúcia Tavares Pereira

Nº 6102

Docente orientadora:

Maria do Céu Sá

Lisboa

2015

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA

SUMÁRIO	4
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1.1. História da Esclerose Múltipla e a Evolução do conceito	7
1.2. Etiologia	8
1.3. Epidemiologia	8
1.4. Diagnóstico	9
1.5. Classificação da Esclerose Múltipla	9
1.6. Tratamento	11
1.7. Sinais e Sintomas	13
1.8. A intervenção do EEER na pessoa com EM	14
2.PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	17
2.1. Modelo Teórico de Enfermagem	17
2.1.1. Teoria do Conforto de Kolcaba	17
2.2. Objetivos	19
2.3. Escolha e fundamentação dos locais de estágio	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma Geral

Apêndice II – Plano de Trabalho

Apêndice III – Cronograma de Estágio

Apêndice IV – Guiões de Entrevista

Apêndice V – Apresentação Final do Projeto

ANEXOS

Anexo I – Medicina Complementar e Alternativa na EM

Anexo II – Estrutura Taxonómica do Conforto

NOTA INTRODUTÓRIA

A construção do Projeto de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular – Opção II, previsto no plano de estudos do VI Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com a finalidade de estruturar o percurso que irei desenvolver no 3º Semestre, o estágio e respetivo relatório.

A construção do projeto constitui uma estratégia e ferramenta fundamental de estruturação das atividades a desenvolver nos ensinamentos clínicos, facilitando o alcance dos objetivos planeados, e proporcionando a obtenção de novos conhecimentos e sedimentação de outros (Fernandes, 1999).

Como meio facilitador da pesquisa para elaboração deste trabalho seleccionei quatro palavras-chave: Reabilitação, Enfermagem, Esclerose Múltipla (EM) e Conforto. Os recursos utilizados na construção do mesmo foram pesquisa em bases de dados, especialmente da CHINAL e MEDLINE, nas bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e livros adquiridos no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes: o Sumário, no qual inclui o estado de arte dos fenómenos de interesse, o tema do projeto e a pertinência do mesmo, e o conhecimento e competências que me proponho atingir; de seguida o Enquadramento Teórico que inclui a História da Esclerose Múltipla e a Evolução do conceito, a etiologia, a epidemiologia, o diagnóstico, a classificação, o tratamento, os sinais e sintomas da EM, e a intervenção do EEER na pessoa com EM; a terceira parte inclui o Plano de trabalho e métodos, no qual vou abordar o modelo teórico de enfermagem selecionado, os objetivos, e a escolha e fundamentação dos locais de estágio; e por fim, as considerações finais.

SUMÁRIO

Enfermeiro Especialista, definido no Regulamento N° 122 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011)

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (p.8648).

Tendo como objetivo adquirir o Título de Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Reabilitação, a construção deste projeto pretende ser um guia orientador para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, e em particular do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Reabilitação é um processo complexo que enfrenta obstáculos diversos para a concretização dos seus objetivos, exigindo de cada profissional disponibilidade e flexibilidade. Tal como, nos diz Hesbeen (2003, p. XI), reabilitação “é mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa”.

Enquanto especialidade multidisciplinar, reabilitação “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento N° 125, 2011, p. 8658), e tem como principais objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa” (Regulamento N° 125, 2011, p. 8658) de modo a preservar a auto-estima.

Uma vez que, os EEER são considerados por Hesbeen (2003, p.85) os “especialistas do pormenor”, dirigi o meu projeto para os pacientes com Esclerose Múltipla (EM), pois por experienciarem uma multiplicidade de sintomas, que podem eclodir em particulares combinações e em diferentes momentos (Newland, Flick, Thomas, & Shannon, 2014), exigem ser avaliados.

A EM é uma doença auto-imune, inflamatória, desmielinizante e degenerativa do Sistema Nervoso Central (SNC), que consoante a localização e a extensão das lesões no SNC manifesta diferentes sintomas, o que individualiza cada pessoa (Thompson & Mauk, 2011).

Esta doença é caracterizada por dois acontecimentos, que permite diferenciá-la nas suas formas evolutivas, os surtos e a progressão, nos surtos pode existir aparecimento de novos sintomas ou exacerbação dos já existentes, sendo que nos surtos iniciais a recuperação é frequentemente completa, mas com a sua repetição, a tendência é a persistência de sequelas, o que provoca uma progressão da incapacidade. (Vale, 2010)

Os cuidados de enfermagem ao paciente com EM têm evoluído do cuidar, apenas nos períodos de surto, para uma gestão de sintomas, bem-estar, prevenção do agravamento da doença e empowerment, sendo que, a variabilidade de alterações funcionais que podem estar presentes nestes pacientes, motoras, sensitivas, sensoriais, cognitivas, afetivas, psicológicas, sociais e económicas, determinam a estratégia a adotar e os objetivos a atingir (Silva, 2010).

A Reabilitação tem um papel crucial no controlo desta patologia, “visando sempre o bem-estar do doente como ser complexo que é, sempre integrado na sociedade a que pertence” (Silva, 2010, p. 383). Sendo o EEER, um dos elementos que compõem a equipa multidisciplinar de Reabilitação, com competências para desenvolver planos de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento Nº 125, 2011), este é crucial na vida destas pessoas.

Os planos enfermagem de reabilitação vão ser influenciados pelos surtos e pela progressão da doença, ou seja, pela imprevisibilidade da evolução da doença e das suas manifestações clínicas. Deste modo, ao ser desenvolvido um plano, a pessoa com EM deve ser contemplada como um ser único e complexo, integrada num meio familiar, social e profissional, devendo ser concebidos objetivos e atividades de acordo com a sua capacidade, de modo a não conduzir à frustração. (Silva, 2010)

Constatando que a Esclerose Múltipla é uma doença de perdas, que a independência em diferentes dimensões da pessoa vai diminuindo, os sonhos vão se desmoronando, mas a esperança média de vida pode permanecer inalterada (Wollin, Yates, & Kristjanson, 2006), e 50% das pessoas morrem devido a outras causas (Thompson & Mauk, 2011), sublinha a necessidade de promoção do conforto e bem-estar nestas pessoas.

Corroborando com esta ideia, o Modelo teórico de Enfermagem, a partir do qual vou construir os planos de enfermagem de Reabilitação, é Modelo Teórico de

Enfermagem de Kolcaba, a Teoria do Conforto, considerada uma Teoria de Médio Alcance, por ser de fácil compreensão e aplicabilidade. (Kolcaba, 2013)

Kolcaba, enfermeira desde 1965, desenvolveu a sua Teoria, nos anos 90, durante o seu Doutoramento, que concluiu em 1987. Definiu Conforto como um estado resultante de intervenções de enfermagem, afirmando que no processo do conforto deve estar subjacente um processo de conceptualização e operacionalização. (Apóstolo, 2009, Kolcaba, 2013)

Após todas estas considerações, proponho como tema de projeto: **“A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla”**.

Pretendo desenvolver esta temática, impulsionada pelo facto do meu pai pertencer ao grupo de 6500 pessoas diagnosticadas em Portugal e 2,1 milhões de pessoas no mundo (Sá, 2012), e ser crucial para mim ter competências para lhe proporcionar conforto e bem-estar.

A nível profissional, reconheço lacuna de conhecimentos em algumas áreas desta temática, consequentemente tenho como objetivo, ao desenvolver e aplicar este projeto adquirir e aprofundar conhecimentos, e desenvolver inúmeras competências para cuidar de pessoas com EM.

Além do mais, como a EM provoca inúmeras alterações funcionais, ao adquirir competências para as reabilitar, posteriormente conseguirei aplica-las em pessoas, com diagnósticos de enfermagem semelhantes, o que será importante para a minha prática quotidiana, capacitando-me para uma prática especializada.

Em concordância com os meus objetivos pessoais e profissionais, o objetivo geral do projeto é desenvolver competências gerais e específicas do EEER, que permitam melhorar o conforto e bem-estar das pessoas com Esclerose Múltipla.

As competências gerais e específicas do EEER serão desenvolvidas no contexto de ensino clínico, primeiro na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) [REDACTED] integrada na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e de seguida no Centro Hospitalar [REDACTED] – [REDACTED] – [REDACTED]. O Ensino Clínico terá início no dia 28 de Setembro de 2015 e com data de término no dia 12 de Fevereiro, com duração total de 450 horas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. História da Esclerose Múltipla e a Evolução do conceito

O primeiro caso descrito de EM, foi relatado na primeira pessoa, por uma mãe holandesa (1380-1433), hoje denominada Santa Lidwina, padroeira dos patinadores, que aos 16 anos após uma queda sofrida enquanto patinava, da qual resultou a fratura de uma costela, iniciou queixas recorrentes sugestivas de EM: com dor forte na face, déficit motor nos membros inferiores e alterações visuais. Ao longo da vida teve várias recidivas, assistindo-se a uma progressão constante, até ao seu falecimento aos 53 anos. (Almeida, 2010)

A primeira descrição médica, desta doença apenas surge nos anos trinta do século XIX, através dos anatomopatologistas Robert Hooper (1773-1835), de nacionalidade Britânica, e Robert Carsweel (1771-1873), de nacionalidade Escocesa. Em 1835 e 1845, o francês Jean Cruveilhier (1771-1873) publicou dois volumes sobre as alterações histopatológicas causadas pela EM – “*Degenerescência cinzenta*”. (Almeida, 2010)

Somente em 1868, “a doença foi formalmente identificada e estabelecida como uma identidade patológica” (Frankel, 2009, p. 631) por Jean Martin Charcot, um neurologista francês, denominando-a por “Esclerose em Placas, descrevendo áreas do tipo curativo, endurecido, encontrados (autópsias) disseminadas através do SNC dos indivíduos com a doença” (Frankel, 2009, p. 631).

O termo, como agora é conhecida a doença, Esclerose Múltipla, foi introduzindo nos anos 50 no século XX (Almeida, 2010), e deriva do facto de ser uma doença com múltiplas áreas de cicatrização – tecido esclerótico – que caracterizam o processo da doença. (Frankel, 2009)

A EM é “doença inflamatória e desmielinizante crónica que afeta o SNC, caracterizada pelo aparecimento de lesões dispersas pela substância branca do neuro-eixo” (Fontoura, 2010, p. 41), sendo a lesão característica a placa desmielinizante.

Esta lesão na qual se observa “perda de mielina, destruição axonal e formação de cicatrizes gliais, conjuntamente com a presença de um infiltrado composto, sobretudo, de linfócitos e macrófagos, anticorpos e factores

complemento, conjuntamente com vários mediadores moleculares da resposta imune” (Fontoura, 2010, p. 41), evolui de uma “fase aguda em que predominam os elementos inflamatórios, para as fases subagudas e crônicas, em que estes vão desaparecendo progressivamente à medida que são substituídos pela cicatriz astrogial” (Fontoura, 2010, p. 41)

As cicatrizes no revestimento da mielina e a destruição axonal interferem na transmissão de impulsos nervosos (Ray & Kavanagh, 2008). As suas localizações e dimensões justificam as diferentes manifestações clínicas e individualizam cada pessoa. (Boylan, 2008)

1.2. Etiologia

Apesar da etiologia da EM ser ainda desconhecida, a pesquisa sugere que se desenvolve em indivíduos geneticamente suscetíveis, após a exposição a um ou mais agentes ambientais, numa determinada fase da vida. Esta exposição “induz uma resposta imune cruzada e desajustada, que passa a atingir alvos antigénicos presentes na mielina do SNC, e que torna autónoma dos mecanismos de regulação normais, provocando, como tal, uma doença desmielinizante crónica” (Fontoura, 2010, p. 42)

1.3. Epidemiologia

Em 1975, Kurtzke afirmava que a prevalência da EM aumentava conforme nos afastávamos do Equador, mas estudos epidemiológicos mais recentes têm vindo a modificar esta visão; a distribuição da EM no mundo parece ser mais complexa. (Velo, 2010). Os dados biológicos e epidemiológicos, analisados por Velo (2010), confirmam a existência de susceptibilidade genética para a EM e sublinham a importância dos fatores ambientais entre os quais se salientam a exposição solar, o fumo o tabaco e os agentes infecciosos, nomeadamente o vírus Epstein-Barr.

A incidência da EM nas mulheres em relação ao homens está a aumentar, Orton et al (2006) afirma que a proporção já é superior a 3:1, num estudo que realizou no Canadá, sendo ainda desconhecida a razão desta diferença.

Também, os familiares em primeiro, segundo e terceiro grau de pessoas com EM apresentam um risco superior de desenvolver a doença, por exemplo, filhos de pais com EM têm um aumento do risco em relação à população em geral de 30,5% (Ginestal & Simões, 2010)

Esta doença manifesta-se entre os 20 e os 40 anos, com pico de incidência aos 30 anos (Vale, 2010), sendo que os homens têm, por norma um início mais tardio da doença, mas um pior prognóstico. (Kantarci & Wingerchuck, 2006)

A EM é considerada a causa mais comum, não traumática, de défices em jovens adultos. (Vale, 2010).

1.4. Diagnóstico

Segundo directrizes internacionais, a EM é diagnosticada¹ tendo por base os critérios de McDonald, revistos em 2010, o seu seguimento diminui a probabilidade de erro no diagnóstico. (Burke, Hooper, Barlow & Hatter, 2013). A construção do diagnóstico clínico, deve portanto, seguir os critérios de McDonald, e fundamentar-se na anamnese da pessoa, no exame neurológico, na Ressonância Magnética, no estudo do Líquido Céfalo-Raquidiano e marcadores biológicos, e no estudo neurofisiológico (potenciais evocados e electroencefalograma), considerado uma extensão do exame neurológico. (Alves, Pedrosa, Sá, 2010)

1.5. Classificação da Esclerose Múltipla

A classificação da doença é, não só, importante, para a selecção da terapêutica, ou outras terapias a instituir, mas também, para a pessoa compreender a sua doença e conseqüentemente a sua evolução. (Burke et al, 2013). É necessário uma avaliação regular pelo neurologista, pois com a evolução da doença, a classificação pode alterar-se.

Os dois acontecimentos que permitem distinguir a doença nas suas formas evolutivas são os surtos e a progressão. Os surtos, também denominados por recidivas, ataques, exacerbações ou episódios, são definidos “como a ocorrência, recorrência ou agravamento duma disfunção neurológica que tenha duração igual ou

¹ A EM é um diagnóstico clínico, não existindo nenhum teste laboratorial ou radiológico patognomónico

superior a 24 horas. A disfunção atinge o seu auge, estabiliza e em seguida dá lugar a uma recuperação que pode ser completa ou parcial” (Marques, 2010)

As alterações neurológicas consequentes da fadiga, trauma, infecção, febre, ou outro processo que aumente a temperatura corporal, não são consideradas surtos, apenas pioram os sintomas temporariamente. (Frankel, 2009).

Por outro lado, progressão em EM

significa um agravamento contínuo dos sintomas e sinais deficitários do Sistema Nervoso por um período de pelo menos 6 meses (...) quando se inicia, não deixa mais de se verificar ainda que possam ocorrer períodos de estabilização ou, por outro lado surtos sobrepostos (Marques, 2010, p. 158).

Evoluindo a doença habitualmente segundo determinados padrões clínicos, é possível classificá-la tendo por base estes mesmos padrões, tal como concluiu Lubin & Reingold (1996) citados por Thompson & Wauk (2011), que a classificaram como Benigna, Maligna, Recidivante-Remitente, Primária Progressiva, Secundária Progressiva, Progressiva-Recidivante.

A classificação como EM Benigna, só é possível retrospectivamente, implica que a pessoa esteja plenamente funcional 15 anos após o início da doença. Por outro lado, a classificação com Maligna é aplicado quando a doença é de evolução rápida e agressiva levando à morte ou incapacidade severa num curto espaço de tempo.(Marques, 2010)

A forma mais comum de apresentação é Recidivante-Remitente, que afeta aproximadamente 85% dos casos diagnosticados, é caracterizada por surtos e recidivas, podendo ser a remissão dos sintomas completa ou incompleta. Os surtos são imprevisíveis, algumas pessoas estão muitos anos sem recaídas e outras podem ter frequentes e graves. (Burke et al, 2013)

No caso da Primária Progressiva, a progressão acontece desde o início da doença, sendo a velocidade de progressão variável, podem ocorrer períodos de estabilização, ou de ligeira melhoria, este tipo atinge 10 a 15% das pessoas com EM. (Marques, 2010)

A Secundária Progressiva, na qual se inserem 15 a 20 % das pessoas com o diagnóstico de EM, é caracterizada pela progressão após um período de evolução por surtos, as pessoas apresentam uma deterioração contínua das funções neurológicas (Marques, 2010). Burke et al (2013) acrescenta que 80% das pessoas com EM Recidivante-Remitente evoluem para Secundária Progressiva após um

período de tempo, nestes casos, após os surtos a recuperação já não volta à linha de base (antes do surto) e os défices acumulam.

Por último, a EM Progressiva-Recidivante é distinguida pelo seu início progressivo sobreposta com surtos, está diagnosticada a 5% das pessoas.

1.6. Tratamento

A terapêutica na área da EM tem evoluído ao longo dos anos, e está em constante investigação, mas ainda não é curativa, apenas parcialmente eficaz, estando indicada “na redução da frequência e gravidade dos surtos e atraso da progressão da doença” (Morganho, 2010, p. 385).

Ao ser planificado um tratamento para as pessoas com EM, devem ser estabelecidas estratégias que controlem os sinais e sintomas, sejam eles, transitórios, estabelecidos ou progressivos, que previnam complicações secundárias e o aumento da incapacidade, promovendo o mais alto nível de qualidade de vida. (Morganho, 2010, Alverzo & Ward, 2011)

Noutro prisma, Yadav et al (2014) desenvolveram recomendações baseadas em evidência de estudos desde 1970 até 2013, para a Medicina Complementar e Alternativa na EM, as quais podem ser consultas em Anexo I. Ao recorrer à Medicina Complementar e Alternativa, a *National Multiple Sclerosis Society* (2015) recomenda que as pessoas com EM não abandonem a terapêutica convencional, e mantenham o médico informado do uso das mesmas, devido aos possíveis efeitos colaterais ou interações medicamentosas.

Os défices após se instalarem na pessoa com EM podem não ser definitivos, devido à redução do processo inflamatório e à remielinização, com conseqüente recuperação da condução axonal. (Almeida, 2010).

A remielinização é um processo natural de reparação, durante o qual novas bainhas de mielina se formam sobre os axónios desmielinizados. Este processo varia de individuo para individuo, pode ocorrer em todos os tipos de EM e ao longo de toda a evolução. Estudos nesta área podem representar um alvo terapêutico promissor na EM, conseguindo assim limitar o acumular de défices neurológicos irreversíveis. (Franklin & Kotter, 2008)

Na gestão da doença deve existir colaboração da equipa multidisciplinar, a qual deve incluir médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, conselheiros espirituais, assistentes sociais, psicólogos, assessores jurídicos, enfermeiros e profissionais especialistas de reabilitação. (Alverzo & Ward, 2011)

Segundo Silva (2010), a Reabilitação é uma das “armas” (p. 373) para o controlo da doença, tendo como objetivo que as pessoas mantenham ou melhorem a qualidade de vida e se integrem no meio ambiente a que pertencem. O mesmo autor, diz-nos ainda que, o plano de reabilitação deve ser personalizado devido à variabilidade de alterações funcionais, à imprevisibilidade da evolução da doença, e tendo em conta o bem-estar da pessoa.

Corroborando este ponto de vista, o EEER desempenha um papel importante no tratamento das pessoas com EM (Alverzo & Ward, 2011), ao desenvolver um plano de enfermagem de reabilitação com o objetivo de maximizar a funcionalidade, prevenir complicações, capacitar as pessoas para maximizar o seu potencial e melhorar a qualidade de vida (Frankel, 2009)

Em relação há população em geral, a qualidade de vida nas pessoas com EM está comprometida, o que se relaciona com um diagnóstico precoce (que abrange os anos mais produtivos), com a imprevisibilidade e instabilidade do curso da doença, e ausência de cura. (Latimer-Cheung et al, 2013)

Latimer-Cheung et al (2013), após realizarem uma revisão sistemática da literatura, concluíram que o exercício físico pode melhorar a mobilidade, a fadiga e a qualidade de vida das pessoas com EM, mas sublinham que são necessários mais estudos nesta área.

Tendo em conta que o exercício físico pode ser prescrito pelo EEER (Alverzo & Ward, 2011), este estudo evidencia a importância do mesmo na qualidade de vida das pessoas com EM.

Os efeitos da reabilitação na qualidade de vida em pessoas com EM, foram também comprovados através de um estudo realizado no Irão, durante 3 meses, com 130 pessoas com EM, em que 65 das pessoas se submeteram a um protocolo de reabilitação multidisciplinar, e 65 integraram o grupo de controlo, no qual não realizavam reabilitação. Após este estudo, Sangelaji, Hatamizadhe, Rashvafnd & Kazemnejad (2010), concluíram que a qualidade de vida aumentou nas pessoas que realizaram o protocolo de reabilitação.

1.7. Sinais e Sintomas

A expressão clínica da EM varia consoante a localização e dimensão das lesões. Na fase aguda, as localizações mais características são no nervo óptico, na medula espinhal, no tronco cerebral e na substância branca periventricular; nas fases mais avançadas acumulam-se danos axonais difusos e atrofia do SNC, e uma reacção inflamatória crónica de baixa intensidade na substância branca e na substância cinzenta cortical. (Fontoura, 2010)

As manifestações mais comuns da EM resultam da disfunção das vias motoras, sensitivas, cerebelosas/tronco cerebral, autonómicas e do nervo óptico (Vale, 2010)

De modo a organizar os sintomas, Alverzo & Ward (2011) divide-os em primários, secundários e terciários. Sintomas Primários, segundo o mesmo autor, são a consequência dos défices de condução dos nervos, causada por desmielinização e pelas placas de esclerose, ou seja, reflectem uma área específica de disfunção do SNC, são imprevisíveis e podem variar de leves a graves, variando de pessoa para pessoa e até na mesma pessoa. Estão enquadrados nos sintomas primários encontram-se a fraqueza muscular, as paralisias, a espasticidade, a hiperreflexia, fadiga, défices visuais (diminuição da acuidade visual, diplopia, escotoma e dor ocular), nistagmos, dormência, formigueiro, dor, tremores, disfunção intestinal, vesical e sexual, ataxia, disartria, disfagia, alterações cognitivas, labilidade emocional e depressão.

Em relação aos sintomas secundários, o autor descreve-os como consequência dos sintomas primários, incluindo as complicações resultantes da diminuição da função neurológica. Inserem-se neste grupo as quedas, as fraturas, as soluções de continuidade da pele, as contracturas, a incapacidade para realização das atitudes de vida diária (AVD), diminuição da segurança devido aos problemas visuais, alterações no descanso e no sono, infecções urinárias, incontinência vesical e intestinal, marcada diminuição da líbido e da capacidade orgásmica, marcha insegura, comunicação e deglutição afetada, declínio de estratégias de *coping* eficazes.

Por fim, os sintomas Terciários são considerados por Alverzo & Ward (2011), como os efeitos cumulativos e prejudiciais, que afetam as dimensões psicológica,

social, profissional, financeira e emocional da pessoa, onde se inclui a perda de emprego, perda de estabilidade financeira, mudança completa de papéis, isolamento social, divórcio, perda de auto-estima, e estratégias de coping ineficazes para lidar com a ansiedade, a negação, a raiva, a depressão e ideações suicidas.

1.8.A intervenção do EEER na pessoa com EM

Concomitantemente com toda a equipa multidisciplinar, o EEER é extremamente importante na vida da pessoa com EM, pois tem competências para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e baseados nos problemas reais, e potenciais das pessoas. (Regulamento Nº 125, 2011)

Acrescentado o elevado nível de conhecimentos e experiência do EEER, este tem ainda capacidade para tomar decisões que promovam a saúde, prevenindo as complicações secundárias e maximizando o potencial da pessoa. (Regulamento Nº 125, 2011).

A intervenção do EEER

visa ainda promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais do cliente, 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 (Regulamento Nº 125, 2011, p. 8658).

De modo a promover a excelência da sua prática, o EEER deve ainda ter presentes os enunciados descritivos, que foram desenvolvidos com o objetivo de divulgar a intervenção do EEER junto da comunidade, os quais são: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e auto cuidado dos clientes, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, tendo presente todas as competências do EEER, e as expectativas da pessoa com EM relacionadas com a sua intervenção, o nível de exigência da elaboração dos planos de enfermagem de reabilitação é elevado. O que agrava, com o facto dos planos de reabilitação envolverem a gestão de inúmeros sintomas,

os quais variam de pessoa para pessoa, e por vezes temporalmente na mesma pessoa.

Deste modo, devido à complexidade da pessoa com EM, é importante estruturar a intervenção do EEER, priorizando objetivos e fixando metas, para promover melhor a adesão ao plano de reabilitação. (Martinez-Assucena et al, 2010) Cada objetivo deve ser delineado em conjunto com a pessoa e de acordo com as suas necessidades.

Segundo Alverzo & Ward (2011), os objetivos da intervenção do EEER são que a pessoa: mantenha o nível máximo de mobilidade, demonstre segurança na mobilidade e reconheça a necessidade de dispositivos de apoio, aplique as técnicas de conservação de energia na realização das AVD e verbalize que as assimilou, alcance o nível máximo de funcionalidade na realização das AVD, mantenha a continência vesical e intestinal e identifique sinais e sintomas de infecção urinária, verbalize compreensão do processo da EM, das suas implicações e do regime terapêutico instituído, verbalize estratégias de *coping* para lidar com o *stress*, obtenha o máximo de função visual e demonstre satisfação com o uso de dispositivos compensatórios quando necessário, e verbalize satisfação com o alívio da dor.

Comprovando a importância do EEER, a evidência científica diz nos que, a intervenção da equipa de multidisciplinar de Reabilitação apesar de não alterar a deficiência, pode maximizar a funcionalidade das pessoas com EM e a capacidade de se reintegrar na sociedade. (Khan, Turner-Stokes, Ng, Kilpatrick & Amatya, 2007)

Para cumprir os objetivos planeados o EEER deve avaliar a pessoa com EM, antes e depois da implementação das intervenções. Primeiramente para realizar um levantamento das necessidades afetadas, e posteriormente para monitorizar a evolução da pessoa. (Thompson & Wauk, 2011)

Na avaliação das alterações sensório-motoras, proponho realizar o exame neurológico e utilizar a Medida de Independência Funcional (MIF), considerada por Frankel (2009) umas das medidas validadas de avaliação para a Reabilitação da EM.

De modo a dar resposta as necessidades da pessoa e sua família com o diagnóstico de EM terei em consideração o modelo do conforto desenvolvido por

Kolcaba (2003) na apreciação e na tomada de decisão para o planeamento dos cuidados de enfermagem.

A importância e eficácia da reabilitação e a aplicabilidade da MIF na avaliação das pessoas com EM, também é evidenciada num estudo randomizado controlado na Austrália, com duração de 12 meses, que incluiu 101 pessoas com EM, 49 pessoas incluídas num programa de reabilitação individualizado, e 52 pessoas não integraram nenhum grupo de reabilitação. No qual, os autores concluem que no grupo sujeito ao programa de individualizado de reabilitação ocorreram diminuição dos défices, sendo que no grupo sem reabilitação ocorreu deterioração de funções ao longo do período do estudo. Os dois grupos foram avaliados previamente e após os 12 meses através da MIF. (Khan, Pallant, Brand & Kilpatrick, 2008)

2. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

De seguida, pretendo descrever o caminho a percorrer ao longo do ensino clínico, de modo a desenvolver as competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Específicas do Enfermeiro de Reabilitação, tendo em consideração o Modelo do Conforto desenvolvido por Kolcaba (2003).

Como forma de organização temporal das atividades a desenvolver desde o início da elaboração do projeto até à entrega do Relatório de Estágio, foi realizado um Cronograma, denominado por Cronograma Geral, o qual se encontra em Apêndice I.

2.1. Modelo Teórico de Enfermagem

2.1.1. Teoria do Conforto de Kolcaba

Conforto deriva do Latim *confortare* (*fortis=strong*) que significa “to strengthen greatly”, ou seja, “dar muita força” ou “dar força com intensidade”, é considerado um estado, uma filosofia, uma dinâmica, um processo e até mesmo um objetivo/resultado. (Lowe & Cutcliffe, 2005)

Para Kolcaba (2003), o conforto é um resultado essencial dos cuidados de saúde, e as intervenções de enfermagem que o promovem, são desempenhadas de forma autónoma. Estas intervenções implicam uma intervenção adequada e oportuna, entrega, carinho, empatia, intenção de conforto, individualização de cuidados e uma visão holística da pessoa.

A Teoria do Conforto está “alicerçada no holismo” (Marques Pinto & Conceição, 2008, p. 6), o que é essencial para a compreensão da pessoa nas diferentes dimensões da sua vida.

Kolcaba (2003) define conforto como uma “experiência imediata a ser reforçada por ter necessidades para alívio, tranquilidade e transcendência reunidas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)” (p. 14).

A autora identifica portanto 3 tipos de conforto: alívio, que define como um estado que se atinge após ter sido satisfeita uma necessidade específica, de modo a que a pessoa volte ao seu funcionamento normal; tranquilidade, definido como

estado de calma ou satisfação necessária para um desempenho eficiente; e transcendência, definido como estado em que atinge a superioridade em relação aos problemas, em que a pessoa adquire capacidade para planejar o futuro.

Em cada contexto, Kolcaba (2003), agrupa necessidades: no físico, engloba as sensações do corpo, a componente fisiológica; no psicoespiritual, reúne a componente mental, emocional e espiritual, ou seja, o que dá significado à vida, a consciencialização interna do eu, a auto-estima, o auto-conceito, ser independente, ser informado, sentir-se útil, sentir-se relaxado, ter fé em algo superior e o significado que tem a sexualidade na vida da pessoa; no ambiental inclui a interação com o meio ambiente (por exemplo: temperatura, luz, som, odores, cores, móveis, paisagem); por último, no sociocultural compreende as relações interpessoais familiares e sociais, as atitudes, a economia, a cultura, as tradições, as rotinas, as práticas religiosas, a educação, a continuidade de cuidados, a informação sobre os planos cuidados e eventos, e a promoção de maior envolvimento das pessoas nos cuidados e nas tomadas de decisão.

Cruzando as duas dimensões, tipos de conforto e contextos, Kolcaba desenvolveu a Estrutura Taxonómica do Conforto, que assume 12 células possíveis (Anexo II), as quais ao serem preenchidas vão fornecer o tipo de conforto atingido para cada necessidade alterada, inserida num dos contextos.

Cuidados de conforto em qualquer configuração, ou população requerem que as necessidades das pessoas sejam avaliadas, e as intervenções planeadas de acordo com as mesmas, e após serem implementadas, deve proceder-se a nova avaliação, comparando os scores, ou seja, verificando se atingiu algum tipo de conforto, se este não existia, ou qual o tipo atingido após a implementação das intervenções. (Kolcaba, 2013)

A autora acrescenta que, quando não é possível atingir alívio ou tranquilidade, devemos planejar intervenções para atingir a transcendência, para que as pessoas que no decorrer da sua doença têm de realizar intervenções que lhe provocam dor, as realizem na mesma, como por exemplo, pessoas que tem de realizar quimioterapia, tratamentos invasivos ou reabilitação, tal como as pessoas com Esclerose Múltipla. Este aspeto reforça as vantagens do EEER ter como base a Teoria do Conforto, no planeamento das atividades direccionadas para as pessoas com Esclerose Múltipla.

Se as necessidades de conforto da pessoa se enquadrarem numa das células da Estrutura Taxonómica de Conforto, Kolcaba (2003) diz-nos que é uma pessoa “confortável” (p.16), mas sublinha que tal estado é raro em situações geradoras de grande *stress*, pois as necessidades de conforto são elevadas.

Ao longo do ensino clínico, ao desenvolver planos de enfermagem de reabilitação para pessoas com EM, sendo este diagnóstico gerador de muito *stress* (Frankel, 2011), será uma motivação acrescida identificar as necessidades de conforto e após as intervenções implementadas, conseguir enquadrá-las numa das células da Estrutura Taxonómica de Conforto,

2.2. Objetivos

Rousseaux & Pérennou (2004) reforçam a definição de conforto de Kolcaba (2003), em que este é um resultado essencial dos cuidados de saúde, ao afirmarem que o conforto deve ser um dos principais objetivos dos cuidados à pessoa.

Segundo os mesmos autores, a pessoa com EM devido à evolução da doença apresenta um risco grave de desconforto, afirmando que a promoção do mesmo é crucial, mas desvalorizada pelos profissionais de saúde.

Neste contexto, defini como objetivo geral para o ensino clínico, desenvolver competências comuns e específicas do EEER, que permitam proporcionar conforto às pessoas com Esclerose Múltipla.

Para concretização deste objetivo foi necessário estabelecer linhas orientadoras para o meu percurso ao longo do ensino clínico. Foi construído um plano de trabalho, que contém os objetivos gerais e específicos, para cada domínio de competências comuns e específicas do EEER, os quais são o desenvolvimento do objetivo geral; inclui ainda as atividades a desenvolver para atingir os objetivos, e os critérios de avaliação, o qual pode ser consultado em Apêndice II.

Nos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista foram definidos os seguintes objetivos gerais: Desenvolver uma prática profissional, ética e legal como EEER, Criar e manter um ambiente seguro, Desenvolver capacidade de gestão de cuidados ao paciente com alterações neurológicas (se possível com o diagnóstico de EM), Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, e Basear a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento.

Por sua vez, para desenvolver Competências Específicas do EEER, foram definidos como objetivos gerais: Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da cidadania, e Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De modo a organizar temporalmente o desenvolvimento dos objetivos definidos foi construído um Cronograma de Estágio, que se encontra para consulta em Apêndice III.

Ao definir para tema do meu projeto a promoção do conforto às pessoas com EM, se ao longo do ensino clínico não surgir a oportunidade de cuidar de pessoas com este diagnóstico, poderem sempre desenvolver os meus objetivos com pessoas sem o diagnóstico de EM, mas com alterações neurológicas, por este motivo os meus objetivos já se encontram formulados com esta ressalva.

Tendo em conta a sua estrutura, este plano de trabalho constitui um guia orientador para a fase de elaboração do Relatório de estágio, o qual me vai permitir refletir sobre o impacto dos cuidados especializados no conforto e bem-estar das pessoas com EM, e adquirir o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Enfermagem, por ter desenvolvido em plenitude todas as competências.

2.3. Escolha e Fundamentação dos Locais de Estágio

Com a finalidade de implementar o plano de trabalho e cumprir os objetivos nele definidos, vou realizar estágio em primeiro lugar na UCC [REDACTED] ECCI.

Esta Unidade abrange toda a Cidade do [REDACTED], uma área aproximada de 10,5 Km², num total de 79 805 habitantes (ACES [REDACTED], 2013).

Na visita à UCC [REDACTED], as entrevistas à Enfermeira Coordenadora da ECCI, e à Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação foram conduzidas por guiões² (Apêndice IV).

As patologias mais comuns, das pessoas abrangidas pela ECCI, com necessidade de cuidados de Reabilitação são: as fraturas do colo do fémur, os AVC,

² A equipa multidisciplinar da ECCI é constituída por Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, Higienista Oral, Assistente Operacional, Médico de Clínica Geral de cada pessoa e 11 Enfermeiros, dois deles EEER, que prestam cuidados de Enfermagem de Reabilitação a 25 doentes.

as Demências e o Parkinson. No momento em que foi realizada a entrevista, encontravam-se 4 doentes com Esclerose Múltipla inseridos na ECCL, acompanhados pelas Enfermeiras de Reabilitação, tendo sido referida lacuna de conhecimentos da equipa no cuidado a estas pessoas.

Existindo grande diversidade de afeções no momento da entrevista, e sabendo que os Grupos alvo da ECCL são:

“pessoas com dependência funcional prolongada ou transitória, decorrente do processo de convalescença ou outro; pessoas idosas com critérios de fragilidade; pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doenças físicas ou psíquicas, progressivas ou permanentes; pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal; pessoas com incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; pessoas dependentes a residirem, temporariamente na área de abrangência do Centro de Saúde do [REDACTED], com necessidade de cuidados ao domicílio” (ACES [REDACTED], 2013)

considero que este campo de estágio vai ser uma excelente oportunidade para prestar cuidados em contexto comunitário, visto que trabalho em contexto hospitalar, e sobretudo para desenvolver competências como EEER em todas as dimensões da pessoa.

O segundo local de estágio é o Serviço de Neurologia [REDACTED], no qual a entrevista também foi conduzida por guião (Apêndice IV), apenas fui recebida pela Enfermeira Chefe, não tendo existido a possibilidade de entrevistar a EEER, apesar de elaborado o guião.³

As patologias mais frequentes são Guillain-Barré, Epilepsia, Esclerose Latfoil Amiotrófica, Miastenia Gravis, EM, Parkinson, AVC (isquémico e hemorrágico), AIT, hemorragias subaracnoídeas e aneurismas cerebrais.

Apesar, de em regime de internamento as pessoas com EM apenas se encontram em fase de diagnóstico ou em surto, como serviço tem Hospital de Dia, fica prevista a minha passagem pelo mesmo, com o objetivo de promover a continuidade dos cuidados implementados em internamento.

Tendo em conta a complexidade e multiplicidade de patologias presentes neste serviço, vou certamente desenvolver os objetivos a que me proponho,

³ A equipa multidisciplinar neste Serviço é constituída por Neurologistas, com diferentes especialidades, Dietista, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e, 21 Enfermeiros, dos quais 3 são EEER, sendo que um deles não se encontra na prestação de cuidados. A lotação máxima do serviço é de 27 doentes, 13 pertencem à Neurologia Vascular, 13 à Neurologia Geral e 1 ao Laboratório de Electroencefalograma. A média de idades dos doentes internados é, aproximadamente, 40 anos, mas têm doentes desde os 18 anos.

prestando cuidados especializados, em particular às pessoas com EM, mas nunca descurando nenhuma outra, o que vai enriquecer a minha prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do projeto de estágio incentivou a procura de novos conhecimentos e levou à reflexão e consciencializam de um problema, a importância do conforto e bem-estar nas pessoas com EM, ao qual vou tentar dar resposta em Ensino Clínico com a implementação do plano de trabalho desenvolvido.

Não deve ser esquecido, que este trabalho se encontra em constante reformulação, pois a investigação científica está em constante evolução.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento Nº 122, 2011) vem enfatizar o supracitado, ao afirmar que existência de especialidades visa promover uma clínica de enfermagem baseada na evidência.

As dificuldades na realização deste projeto foram atenuadas com os momentos de partilha e reflexão, entre colegas e professores, nas apresentações intercalares e finais dos projectos.

Ainda assim, a maior dificuldade sentida neste projeto foi realizar um plano de atividades exequível, que seja um guia orientador ao longo do ensino clínico, para atingir os objetivos a que me proponho. Outra dificuldade foi a selecção da medida de avaliação para as pessoas com EM, pois a Escala aconselhada pela Sociedade Portuguesa de EM é a Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke, mas após consulta de mais bibliografia, conclui que apesar de esta ser a melhor para avaliar a incapacidade relacionada com EM, a MIF é mais sensível às variações clínicas ao longo do tempo (Rabadi, 2013), e ao realizar concomitantemente o exame neurológico completa a minha avaliação.

As expetativas que tenho em relação ao ensino clínico e a operacionalização deste projeto são muito positivas, visto considerar ter escolhido a área temática e os locais de estágio adequados para conseguir adquirir todas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Especificas do EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES [REDACTED] (2013). Plano de acção 2014/2016 – Unidade de Cuidados na Comunidade – [REDACTED] Care (documento não publicado e fornecido pela Enfermeira Coordenadora na Unidade Ana Paula Duarte).
- Akkus, Y. & Akdemir, N. (2012). Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 26(2), 295-303.
- Albuquerque, C., Gfoildo, A., Martins, R. & Ribeiro, O. (2015). Quality of life of people with multiple sclerosis: *Clinical and psychosocial determinants*. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 171, 359-365.
DOI:10.1016/j.sbspro.2015.01.133.
- Almeida, L. B. (2010). Esclerose Múltipla: A História de um Longo Enigma. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 33-39). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Alverzo, J. P., Ward, M. R. (2011). Clients with Acute and Chronic Neurological Diseases. In C. S. Jacelon (Editor). *The Speciality Practice Rehabilitation Nursing* (pp. 191-216) (6th Ed). USA: Association of Rehabilitation Nurses.
- Alves, D. (2010). Neurofisiologia. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 273-280). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II Série (9), 61-67. Acedido em 31/05/2015. Disponível em:
https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26

- Boylan, L. N. (2011). Doenças Neuromusculares.(C. Saraiva, Trad) (4ª Edição) In S. P. Hoeman (Editor). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperado* (pp. 443-467). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês Rehabilitation Nursing – Prevention, Intervention & Outcomes, 4thed, 2008, Elsevier).
- Burke, T, Hooper, K, Barlow, S & Hatter, L (2013). Clinical Update – Multiple Sclerosis. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 21(5), 30-33.
- Fernandes, M. T. (1999). Metodologia de Projecto. *Servir*, 47(5), 233-236.
- Frankel, D. I. (2009). Esclerose Múltipla (F. Diniz, Trad) (5ª Edição). In D. A. Umphred (Editor). *Reabilitação Neurológica* (pp. 632 – 653).Rio de Janeiro: Elsevier (Tradução do original inglês Neurological Rehabilitation, 5th ed, 2007, Elsevier).
- Franklin, R. J. & Kotter, M. R. (2008). The biology of CNS remyelination: The key to thfoipeutic advances. *Journal of Neurology*, 255(Suppl. 1), 19-25.
DOI: 10.1007/s00415-008-1004-6
- Fontoura, P. (2010). Fisiopatologia da Esclerose Múltipla. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 41-72). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Ginestal, R. C. & Simões, R. M. (2010). Genética da Esclerose Múltipla. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 91-118). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - criar novos caminhos* (M. Martins, Trad). Loures: Lusociência. (Traduzido do original francês La réadaptation – Aider à créer de nouveaux chemins, 2001, Éditions Seli Arslan SA

http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/specialpops/CSEP_MS_PAGuidelines_adults_en.pdf

<http://www.nationalmssociety.org/>

<http://www.spem.pt/>

Jacelon, C. (2011). *The Speciality Practice of Rehabilitation Nursing* (6^a ed.). Glenview: Association of Rehabilitation Nurses.

Kantarci, O. & Wingerchuck, D. (2006). Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. *Current Opinions in Neurology*, 19(3), 248-257. Acedido em 15-06-2015. Disponível em: http://www.sfu.ca/~vdabbagh/Kantarci_06.pdf

Khan, F., Turner-Stokes, L., Ng, L., Kilpatrick, T. & Amatya, B. (2011). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD006036).
DOI: 10.1002/14651858.CD006036.pub2

Khan, F., Pallant, J. F., Brand, C. & Kilpatrick, T. J. (2008). Effectiveness of rehabilitation intervention in persons with multiple sclerosis: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 79, 1230-1235.
DOI: 10.1136/jnnp.2007.133777

Klaren, R., Motl, R., Dlugonski, D., Sandroff, B. & Pilutti, L. (2013). Objectively quantified physical activity in persons with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(12), 2342-2348.
DOI:10.1016/j.apmr.2013.07.011.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Latimer-Cheung, A. E., Pilutti, L. A., Hicks, A. L., Martin Ginis, K. A., Fenuta, A. M., MacKibbin, K. A. & Motl, R. W. (2013). Effects of exercise training on fitness, mobility, fatigue, and health-related quality of life among adults with multiple sclerosis: a systematic review to inform guideline development. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 1800-1828.
DOI: [10.1016/j.apmr.2013.04.020](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.020).

Latimer-Cheung, A. E., Martin Ginis, K. A., Hicks, A. L., Motl, R. W., Pilutti, L. A., Duggan, M., ..., Smith, KM. (2013a). Development of evidence-informed physical activity Guidelines for Adults with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(9), 1829-1836.
DOI: [10.1016/j.apmr.2013.05.015](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.05.015).

Lowe, L. M. & Cutcliffe, J. R. (2005). A concept analysis of comfort. In J. R. Cutcliffe & H. P. Mckenna (Ed). *A concept analysis of comfort* (pp. 51-64). Edinburgh: Elsevier.

Martinez-Assucena, A., Marnetoft, S., Rovira, T.R., Hernandez-San-Miguel, J., Bernabeu, M. & Martinell-Gispert-Sauch, M. (2010). Rehabilitation for Multiple Sclerosis, in Adults (II); Management and Impact on Impairment, Functioning, and Quality of Life: An Overview. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 22(1-4), 139-179.
DOI: [10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v22.i1-4.100](https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v22.i1-4.100).

Marques, J. P. (2010). EM – Formas/Fases da doença. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 157-162). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.

Marques Pinto, V. L. C. & Conceição, A. P. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Sinais Vitais*, 80, 05-12.

Newland, P., K., Flick, L., Thomas, F. & Shannon, W. (2014). Identifying Symptom Co-Occurrence in Persons With Multiple Sclerosis. *Clinical Nursing Research*, 23 (5), 529-543.

DOI: 10.1177/11054773813497221

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem do Enfermeiros*. Lisboa: Tadinense Artes Gráficas.

Orton, SM., Herrfoi, BM., Yee, IM, Valdor, W., Ramagopalan, S., Sadovnick, A. & Ebers, G. (2008). Sex Ratio of multiple sclerosis in Canada: a longitudinal study. *The Lancet Neurology*, 5(11), 932-936.

DOI: 10.1016/S1474- 4422(06)70581-6

Pedrosa, R. (2010). Imagiologia. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 223-244). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.

Plow, M., Finlayson, M. & Rezac, M. (2011). A scoping review of Self-Management interventions for adults with Multiple Sclerosis. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 3, 251-262.

DOI: 10.1016/j.pmrj.2010.11.011.

Rabadi, M. & Vincent. A. (2013). Comparison of the Kurtzke Expanded Disability Status Scale and the Functional Independence Measure: measures of multiple sclerosis – related disability. *Disability and Rehabilitation*, 35(22), 1877-1884.

DOI: 10.3109/09638288.2013.766269

Ray, R. & Kavanagh, A. (2008). Parkinson's disease, multiple sclerosis and motor neuron disease. In E. Chang & A. Johnson (Editores). *Chronic illness & Disability* (pp. 329-350) (2nd Ed). Chatswood: Elsevier Australia.

Regulamento Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, Nº 35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, Nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.

Rosebrough, A. (1998). Chronic Neurological Disorders: Multiple Sclerosis, Parkinson's Disease, Myasthenia Gravis, and Guillain-Barré Syndrome. In P. A. Chin, D. Finocchiaro & A. Rosebrough (Editores). *Rehabilitation Nursing Practice* (pp. 443-473). USA: McGraw-Hill.

Rousseaux, M & Pérennou, D. (2004). Comfort care in severely disabled Multiple Sclerosis patients. *Journal of The Neurological Sciences*, 222(1-2), 39-48.
DOI: 10.1016/j.jns.2004.04.002

Sá, M. J. (2010). Estudo do LCR e marcadores biológicos. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 223-244). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.

Sá, J. (2012). Editorial. *Sinapse – Suplemento 1*, 12(2), 3-4. Acedido em 30/05/2015.
Disponível em:
http://www.spneurologia.com/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=76&Itemid=56

- Sangelaji, B., Hatamizadhe, N, Rashvafnd, F & Kazemnejad, A. (2010). Study about the effects of rehabilitation on quality of life in Multiple Sclerosis. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*, 20(71). Acedido em: 01-07-2015. Disponível em <http://journals.sbm.ac.ir/en-jnm/article/view/2314/2015>
- Seeley, R., Stephens, T & Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (M. T. Leal, Trad) (6ª Edição). Loures: Lusociência. (Tradução do inglês *Anatomy & Physiology*, 6^{ed}, 2003, McGraw-Hill Higher Education).
- Silva, J. M. A. B. (2010). Reabilitação na Esclerose Múltipla. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 373-384). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Soares, M. (2006). *Qualidade de vida e Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau.
- Thompson, H. & Mauk, K., (Eds) (2011). *Nursing Management of the patient with Multiple Sclerosis. AANN, ARN, and IOMSN Clinical Practice Guideline Series*. Teva Neuroscience. Acedido em 03/05/2015. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/uploads/cpgms.pdf>
- Vale, J. (2010). Esclerose Múltipla: Manifestações Clínicas. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 131-156). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Veloso, M. (2010). Epidemiologia da Esclerose Múltipla. In. R. Pedrosa (Coord). *Introdução à Esclerose Múltipla* (pp. 119-127). Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.
- Wollin, J. A., Yates, P. & Kristjanson, L. (2006). Supportive and palliative care needs identified by multiple sclerosis patients and their families. *International Journal of Palliative Nursing*, 12 (1), 20-26.

Yadav, V., Bever, C., Bower, J., Bowling, A., Weinstock-Guttman, B., Cameron, M, ..., Narayanaswami, P. (2014). Summary of evidence-based guideline: Complementary and alternative medicine in multiple sclerosis. *Neurology*, 82(12), 1083-1092.

DOI: 10.1212/WNL.0000000000000250

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma geral

APÊNDICE II
Plano de trabalho

1. PLANO DE TRABALHO

1.1. Domínios das Competências Comuns

OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal				
Desenvolver uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	<u>Demonstrar capacidade de tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecimento de competências na área de Enfermagem de Reabilitação, e desempenho de papel de consultor nesta área ✓ Iniciativa na condução dos processos de tomada de decisão ✓ Participação na construção da tomada de decisão em equipa, em parceria com a pessoa com alterações neurológicas e a sua família ✓ Partilha em equipa dos resultados obtidos em cada tomada de decisão, 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados ❖ Livros de Enfermagem de Reabilitação ❖ Discussão em equipa, por exemplo, durante as passagens de turno 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desempenha papel de consultor ➤ Conduz processos de tomada de decisão ➤ Envolvência da equipa nas diferentes tomadas de decisão em parceria com os pacientes e suas famílias ➤ Promove de uma prática especializada

		de modo a promover o desenvolvimento de uma prática especializada		
	<u>Suportar a decisão em princípio, valores e normas deontológicas</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientação das tomadas de decisão de acordo com o Código Deontológico 	❖ Código Deontológico	➤ Equipa tem por base o Código Deontológico na construção da tomada de decisão
	<u>Fomentar e gerir na equipa, cuidados que promovam a protecção dos direitos humanos</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção do respeito pelos Direitos Humanos ✓ Atribuição à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias ✓ Cuidar a pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa ✓ Abstenção de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia da vida ✓ Respeitar e fazer respeitar 	❖ Código Deontológico	➤ Respeito pelos Direitos Humanos

		<p>as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem ✓ Considerar confidencial, toda a informação, relacionada com a pessoa e família, qualquer que seja a sua fonte ✓ Respeito pela intimidade da pessoa e protecção da mesma 		
--	--	--	--	--

1.1.2. Melhoria da qualidade

<p>Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança da pessoa ✓ Promover a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais da pessoa ✓ Assegurar que as necessidades culturais e espirituais são satisfeitas, 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ UCC [REDACTED] ❖ [REDACTED] ECCI – Serviço de Neurologia ❖ Recursos Humanos e materiais de cada serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicação dos princípios de ergonomia e tecnológicos ➤ Identifica os recursos adequados para uma prestação de cuidados segura
---	--	--	--	--

		<p>atingindo um tipo de conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstrar conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para a pessoa ✓ Promover a aplicação dos princípios de ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e à pessoa ✓ Colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros 		
--	--	--	--	--

1.1.3. Gestão dos Cuidados

<p>Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa com alterações neurológicas (se</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integração nas instalações da UCC [REDACTED] ECCI e no Serviço de Neurologia do [REDACTED], e na respectiva equipa multidisciplinar ✓ Utilização dos recursos de forma eficiente, de modo a promover a qualidade de cuidados ✓ Reconhecimento e compreensão dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ UCC [REDACTED] ECCI ❖ [REDACTED] – Serviço de Neurologia ❖ Protocolos, normas e regulamentos dos serviços, onde se 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhece a estrutura física e funcional dos serviços onde realiza estágio ➤ Conhece as principais normas, protocolos e regulamentos dos locais de estágio
---	--	---	---	---

possível com diagnóstico de EM)		membros da equipa ✓ Promoção de um ambiente positivo e favorável, e motivação da equipa para a prática de um desempenho diferenciado	desenvolverá o ensino clínico	
---------------------------------	--	---	-------------------------------	--

1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Desenvolver autoconhecimento e assertividade		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolvimento do autoconhecimento, de modo, a facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa, famílias, e ou equipa multidisciplinar ✓ Gestão de idiossincrasias na construção do processo de ajuda ✓ Reconhecimento das capacidades e limites pessoais e profissionais, tendo consciência da influência pessoal na relação profissional ✓ Desenvolvimento de congruência entre auto e hetero-percepção ✓ Gestão de emoções em ordem a uma resposta eficiente ✓ Ter capacidade de atuar eficazmente sob pressão 	❖ Técnicas de resolução de conflitos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresenta autoconhecimento, e consegue gerir as idiossincrasias e emoções ➤ Atua sob pressão ➤ Utiliza técnicas de resolução de conflitos
--	--	--	--------------------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade ✓ Utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos 		
<p>Basear a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento</p>	<p><u>Adquirir/Aprofundar conhecimento para a prática especializada</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolvimento de uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuam para a prática especializada ✓ Demonstração de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes ✓ Rentabilização das oportunidades de aprendizagem, tendo iniciativa na análise de situações clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados ❖ Enfermeiro Orientador ❖ Docente Orientador ❖ UCC [REDACTED] ECCI ❖ [REDACTED] – Serviço de Neurologia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresenta uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuam para a prática especializada ➤ Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e tem iniciativa
	<p><u>Conceber programas de formação, de acordo com as necessidades de formação</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação das necessidades formativas, ✓ Dinamização e divulgação do conhecimento desenvolvido na abordagem à pessoa com EM e sua família ✓ Promoção da actualização ou reformulação de atitudes 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipa multidisciplinar ❖ Projetos implementados ou em fase de implementação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifica as necessidades formativas ➤ Dinamiza e Divulga o conhecimento desenvolvido na abordagem à pessoa com EM e sua família ➤ Introduce inovações ➤ Apresenta dispositivos

		<p>terapêuticas à pessoa com EM</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Introdução de inovações na prática especializada, nos locais de estágio✓ Concepção e apresentação de dispositivos formativos à pessoa com EM, familiares, e equipa multidisciplinar✓ Colaboração em projetos implementados ou em fase de implementação nos locais de estágio		<p>formativos</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Colabora em projetos implementados ou em fase de implementação nos locais de estágio
--	--	--	--	--

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

COMPETÊNCIAS/ OBJETIVOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p>	<p><u>Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com alterações neurológicas (em particular com diagnóstico de EM)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de colheita de dados ✓ Realização do exame neurológico ✓ Avaliação da alteração da funcionalidade através da Escala MIF (Medida de Independência Funcional), ou através de outros instrumentos que existam nos serviços ✓ Avaliação do Conforto nas necessidades alteradas através da Estrutura Taxonómica do Conforto ✓ Realização de diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade ✓ Identificação das necessidades de intervenção de modo a otimizar as funções alteradas, e proporcionar um tipo de 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipa multidisciplinar ❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados ❖ Exame Neurológico ❖ Escala MIF ❖ Estrutura Taxonómica do Conforto 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realiza colheita de dados ➤ Realiza exame neurológico ➤ Avalia a alteração da funcionalidade através da MIF, ou outros instrumentos que existam nos serviços ➤ Avalia o Conforto das necessidades alteradas através da Estrutura Taxonómica do Conforto ➤ Realiza diagnósticos de enfermagem de acordo com alterações da funcionalidade ➤ Identifica as necessidades de intervenção de modo a otimizar as funções alteradas

	<p><u>Conceber planos de cuidados individualizados, de modo a promover capacidades adaptativas, maximizando a funcionalidade e a autonomia</u></p>	<p>conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição das intervenções a implementar em conjunto com o paciente e família, tendo como guia o modelo teórico de Kolcaba; ✓ Seleção e prescrição das intervenções, com o objetivo de otimizar e ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade ✓ Aconselhamento, se necessário, para o uso de dispositivos de apoio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Define intervenções em conjunto com o paciente e família, tendo por base o modelo teórico de Kolcaba ➤ Aconselha o uso de dispositivos de apoio, se necessário
	<p><u>Implementar plano de cuidados</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementação de cuidados que visem manter o potencial e prevenir complicações, através da reeducação funcional cardio-respiratória, reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de eliminação e da alimentação ✓ Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados ❖ Apontamentos das aulas leccionadas durante a Especialidade 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementa planos de cuidados ➤ Implementa programas de reeducação funcional ➤ Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos

		programas definidos com vista à satisfação das AVD, promoção do conforto e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)		
	<u>Avaliar o impacto das intervenções implementadas nas diferentes dimensões da pessoa</u>	✓ Reavaliação da pessoa com a realização do exame neurológico, aplicação da MIF, e da Estrutura Taxonómica do Conforto	❖ Exame Neurológico ❖ Escala MIF ❖ Estrutura Taxonómica do Conforto ❖	➤ Reavalia a pessoa com a realização do exame neurológico, aplicação da MIF, e da Estrutura Taxonómica do Conforto
Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania	<u>Elaborar e implementar programas de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e promoção do conforto</u>	✓ Realização de treinos específicos de AVD que proporcionem conforto e bem-estar, nomeadamente utilizando produtos de apoio ✓ Ensino e supervisão do uso de dispositivos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa	❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados ❖ Apontamentos das aulas leccionadas durante a Especialidade	➤ Envolve o cuidador na prestação de cuidados ➤ Realiza treinos de AVD ➤ Conhece e sabe aconselhar produtos de apoio
		✓ Identifica os factores	❖ Legislação	➤ Identifica barreiras

	<u>Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</u>	<p>condicionantes/inibidores para a realização das AVD</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de barreiras arquitetónicas e orientação para a eliminação das mesmas, no contexto da vida da pessoa ✓ Partilha, com a pessoa e família, da legislação, normas técnicas promotoras de integração, participação cívica e apoios financeiros 		<p>arquitectónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhece a legislação
Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	<u>Conceber e implementar programas de treino motor e cardio-respiratório</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demonstração de conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratórias e motora ✓ Concepção de sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação ✓ Ensino, instrução e treino sobre as técnicas a utilizar, de modo, a maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Biblioteca da ESEL ❖ Bases de dados ❖ Apontamentos das aulas leccionadas durante a Especialidade 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratórias e motora ➤ Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação ➤ Ensina, instrui e treina técnicas a utilizar, de modo a maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos da pessoa
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorização dos resultados obtidos em função dos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Biblioteca da ESEL 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoriza os resultados obtidos

	<p><u>Avaliar e reformular programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados</u></p>	<p>objetivos da pessoa, verificando se atingiu algum tipo de conforto</p> <p>✓ Reformulação das sessões de reabilitação em conformidade com a avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bases de dados ❖ Apontamentos das aulas leccionadas durante a Especialidade ❖ Estrutura Taxonómica do Conforto 	<p>➤ Reformula as sessões de reabilitação em conformidade com a avaliação</p>
--	---	---	--	---

APÊNDICE III
Cronograma de Estágio

1. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ANO	2015												2016										
MESES	9			10			11			12			1				2						
SEMANAS	28	01	05	12	19	26	01	02	09	16	23	30	01	07	14	17	01	04	11	18	25	01	08
	30	04	11	18	25	31	08	15	22	29			06	13	17	31	03	10	17	24	31	07	12
LOCAIS DE ESTÁGIO																							
<u>UCC</u> [REDACTED] <u>ECCI</u>																	FÉRIAS						
<u>Serviço de Neurologia</u> [REDACTED]																							
OBJETIVOS																							
Desenvolver uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação															FÉRIAS								
Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro																							
Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa com alterações neurológicas (se possível com diagnóstico de EM)																							
Desenvolver autoconhecimento e assertividade																							

Basear a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento			FÉRIAS	
Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados				
Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania				
Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa				

APÊNDICE IV
Guiões de Entrevista

Guião de Entrevista direccionado para o Enfermeiro Chefe do Serviço de Neurologia

Objetivo: Conhecer a Unidade de modo a recolher dados para o desenvolvimento do Projeto de Estágio

Missão do serviço	
Lotação do serviço	
Proveniência dos clientes	
Patologias mais frequentes e grupo etário	
Articulação com outros serviços, com a comunidade ou com a RNCCI	
Constituição da equipa multidisciplinar (quantos Enfermeiros Especialistas, quantos de Enfermagem de Reabilitação)	
Quais as funções de cada Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, e quais os tipos de horário	
Método de trabalho da equipa de enfermagem	
Modelo teórico utilizado, qual a estrutura dos planos de cuidados (qual o sistema informático usado)	
Projectos existentes no serviço, quais são os que têm intervenção dos EEER	
Necessidade de formação e implementação de novos projectos	

**Guião de Entrevista direccionado para o Enfermeiro Chefe da
UCC [REDACTED] ECCI**

Objetivo: Conhecer a Unidade de modo a recolher dados para o desenvolvimento do Projeto de Estágio

Missão do serviço	
População abrangida (existem clientes com Esclerose Múltipla)	
Articulação com meio hospitalar e outros serviços da comunidade.	
Critério para dar alta aos clientes abarcados pelas visitas domiciliárias	
Constituição da equipa multidisciplinar (quais as especialidades médicas, quantos Enfermeiros Especialistas, quantos de Enfermagem de Reabilitação)	
Quais as funções de cada Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação, e quais os tipos de horário	
Método de trabalho da equipa de enfermagem (rácio enfermeiro/família ou cliente)	
Modelo teórico utilizado, qual a estrutura dos planos de cuidados (qual o sistema informático usado)	
Projectos existentes, e quais os que têm intervenção dos EEER	
Necessidades de formação e implementação de novos projectos	

**Guião de Entrevista direccionado para o Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação**

Objetivo: Conhecer/Aprender a organização dos cuidados do EEER

Seleccção dos clientes alvo	
Escalas e instrumentos de avaliação utilizados	
Dispositivos de apoio existentes	
Plano de reabilitação (intervenções, técnicas, preparação de alta)	
Articulação com a restante equipa multidisciplinar	
Registos	

APÊNDICE V
Apresentação Final do Projeto

Diapositivo
1

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla

Ana Lúcia Tavares Pereira
Nº 6102

Docente orientadora:
Maria do Céu Sá

Lisboa
07 de Julho de 2015

Diapositivo
2

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

SUMÁRIO

1. CONCEITOS – CHAVE
2. CRONOGRAMA
 - 2.1. LOCAIS DE ESTÁGIO
 - 2.2. OBJETIVOS
3. BIBLIOGRAFIA

Diapositivo
3

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

1. CONCEITOS-CHAVE

Enfermeiro de Reabilitação

Teoria do Conforto


Pessoa com Esclerose Múltipla

Diapositivo
4

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

Objetivo Geral

Desenvolver competências gerais e específicas do EEER, que permitam proporcionar conforto e bem-estar à pessoa com Esclerose Múltipla




Diapositivo
5

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

2. CRONOGRAMA

ANO	2015												2016	
MESES	9			10			11			12			01	02
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
LOCAIS DE ESTÁGIO														
UCC	ECCI													
Serviço de Neurologia														
OBJETIVOS														
Desenvolver uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação														
Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro														
Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa com alterações neurológicas (se possível com diagnóstico de EM)														

FÉRIAS




Diapositivo
6

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

ANO	2015												2016	
MESES	9			10			11			12			01	02
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
OBJETIVOS														
Desenvolver autoconhecimento e assertividade														
Basear a praxis clínica especializada em padrões de conhecimento														
Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados														
Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania														
Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa														

FÉRIAS



Diapositivo

7

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Desenvolver uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Demonstrar capacidade de tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada

- ✓ Reconhecimento de competências na área de Enfermagem de Reabilitação, e desempenho de papel de consultor nesta área
- ✓ Iniciativa na condução dos processos de tomada de decisão
- ✓ Participação na construção da tomada de decisão em equipa, em parceria com a pessoa com alterações neurológicas, e suas famílias
- ✓ Partilha em equipa dos resultados obtidos em cada tomada de decisão, de modo a promover o desenvolvimento de uma prática especializada

Supportar a decisão em princípio, valores e normas deontológicas

- ✓ Orientação das tomadas de decisão de acordo com o Código Deontológico

Diapositivo

8

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Fomentar e gerir na equipa, cuidados que promovam a protecção dos direitos humanos

- ✓ Promoção do respeito pelos Direitos Humanos
- ✓ Atribuição à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias
- ✓ Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa
- ✓ Abstenção de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia da vida
- ✓ Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos
- ✓ Informar a pessoa e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem
- ✓ Considerar confidencial, toda a informação, relacionada com a pessoa e família, qualquer que seja a sua fonte
- ✓ Respeito pela intimidade da pessoa e protecção da mesma

Diapositivo

9

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro

- ✓ Promover a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança da pessoa
- ✓ Promover a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais da pessoa
- ✓ Assegurar que as necessidades culturais e espirituais são satisfeitas, atingindo um tipo de conforto
- ✓ Demonstrar conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para a pessoa
- ✓ Promover a aplicação dos princípios de ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e à pessoa
- ✓ Colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros

Diapositivo
10

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Desenvolver capacidade de gestão de cuidados à pessoa com alterações neurológicas (se possível com diagnóstico de EM)

- ✓ Integração nas instalações da UCC [REDACTED] ECCI e no Serviço de Neurologia [REDACTED], e na respectiva equipa multidisciplinar
- ✓ Utilização dos recursos de forma eficiente, de modo a promover a qualidade de cuidados
- ✓ Reconhecimento e compreensão dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa
- ✓ Promoção de um ambiente positivo e favorável, e motivação da equipa para a prática de um desempenho diferenciado

Diapositivo
11

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Desenvolver autoconhecimento e assertividade

- ✓ Desenvolvimento do auto-conhecimento, de modo, a facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa, famílias, e ou equipa multidisciplinar
- ✓ Gestão de idiosincrasias na construção do processo de ajuda
- ✓ Reconhecimento das capacidades e limites pessoais e profissionais, tendo consciência da influência pessoal na relação profissional
- ✓ Desenvolvimento de congruência entre auto e hetero-percepção
- ✓ Gestão de emoções em ordem a uma resposta eficiente
- ✓ Ter capacidade de atuar eficazmente sob pressão
- ✓ Reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade
- ✓ Utilização adequada de técnicas de resolução de conflitos

Diapositivo
12

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Adquirir/Aprofundar conhecimento para a prática especializada

- ✓ Desenvolvimento de uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuam para a prática especializada
- ✓ Demonstração de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes
- ✓ Rentabilização das oportunidades de aprendizagem e ter iniciativa na análise de situações clínicas

Conceber programas de formação, de acordo com as necessidades de formação

- ✓ Identificação das necessidades formativas
- ✓ Dinamização e divulgação do conhecimento desenvolvido na abordagem à pessoa com EM
- ✓ Promoção da actualização ou reformulação de atitudes terapêuticas à pessoa com EM
- ✓ Introdução de inovações na prática especializada, nos locais de estágio
- ✓ Concepção e apresentação de dispositivos formativos à pessoa com EM e familiares, e equipa multidisciplinar
- ✓ Colaboração em projetos implementados ou em fase de implementação nos locais de estágio

Diapositivo
13

ESELO Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa com alterações neurológicas (em particular com diagnóstico de EM)

- ✓ Realização de colheita de dados
- ✓ Realização do exame neurológico
- ✓ Avaliação da alteração da funcionalidade através da Escala MIF (Medida de Independência Funcional), ou através de outros instrumentos que existam nos serviços
- ✓ Avaliação do Conforto nas necessidades alteradas através da Estrutura Taxonómica do Conforto
- ✓ Realização de diagnósticos de enfermagem de acordo com as alterações da funcionalidade
- ✓ Identificação das necessidades de intervenção de modo a otimizar as funções alteradas, e proporcionar um tipo de Conforto

Conceber planos de cuidados individualizados, de modo a promover capacidades adaptativas, maximizando a funcionalidade e a autonomia

- ✓ Definição das intervenções a implementar em conjunto com pessoa e família, tendo como guia o modelo teórico de Kolcaba
- ✓ Seleção e prescrição das intervenções, com o objetivo de otimizar e ou reeducar a função e elaborar programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade
- ✓ Aconselhamento, se necessário, para o uso de dispositivos de apoio

Diapositivo
14

ESELO Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

Implementar plano de cuidados

- ✓ Implementação de cuidados que visem manter o potencial e prevenir complicações, através da reeducação funcional cardio-respiratória, reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de eliminação e da alimentação
- ✓ Ensino, demonstração e treino de técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à satisfação das AVD, promoção do conforto e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)

Avaliar o impacto das intervenções implementadas nas diferentes dimensões da pessoa

- ✓ Reavaliação da pessoa com a realização do exame neurológico, aplicação da MIF, e da Estrutura Taxonómica do Conforto

Diapositivo
15

ESELO Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania

Elaborar e implementar programas de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e promoção do conforto

- ✓ Realização de treinos específicos de AVD que proporcionem conforto e bem-estar, nomeadamente utilizando produtos de apoio
- ✓ Ensino e supervisão do uso de dispositivos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa

Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

- ✓ Identifica os factores condicionantes/inibidores para a realização das AVD
- ✓ Identificação de barreiras arquitetónicas e orientação para a eliminação das mesmas, no contexto da vida da pessoa
- ✓ Partilha, com a pessoa e família, da legislação, normas técnicas promotoras de integração, participação cívica e apoios financeiros

Diapositivo
16

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Conceber e implementar programas de treino motor e cardio-respiratório

- ✓ Demonstração de conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratórias e motora
- ✓ Conceção de sessões de treino com vista à prevenção de complicações e à sua reabilitação
- ✓ Ensino, instrução e treino sobre as técnicas a utilizar, de modo, a maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos da pessoa

Avaliar e reformular programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados

- ✓ Monitorização os resultados obtidos em função dos objetivos da pessoa, verificando se atingiu algum tipo de conforto
- ✓ Reformulação das sessões de reabilitação em conformidade com a avaliação

Diapositivo
17

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

3. BIBLIOGRAFIA

Akkus, Y. & Akdemir, N. (2012). Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 26(2), 295-303.

Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II Série (9), 61-67. Acedido em 31/05/2015. Disponível em: https://www.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação – criar novos caminhos* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (C. Saraiva, Trad). (4ª ed). Loures: Lusodidacta

Diapositivo
18

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa **A intervenção do EEER à pessoa com EM**

Jacelon, C. (2011). *The Speciality Practice of Rehabilitation Nursing* (6ª ed.). Glenview: Association of Rehabilitation Nurses.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Newland, P., K. (2014). Identifying Symptom Co-Occurrence in Persons With Multiple Sclerosis. *Clinical Nursing Research*, 23 (5), 529-543.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem do Enfermeiros*. Lisboa: Tadinense Artes Gráficas.

Diapositivo
19

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Pedrosa, R. (Coord.) (2010). *Introdução à Esclerose Múltipla*. Lisboa: Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla.

Regulamento Nº 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, Nº 35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento Nº 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, Nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.

Sá, J. (2012). Editorial. *Sinapse – Suplemento 1*, 12(2), 3-4. Acedido em 30/05/2015. Disponível em: http://www.spneurologia.com/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=76&Itemid=56

Soares, M. (2006). *Qualidade de vida e Esclerose Múltipla*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Diapositivo
20

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A intervenção do EEER à pessoa com EM

Thompson, H. & Mauk, K., (Eds) (2011). *Nursing Management of the patient with Multiple Sclerosis. AANN, ARN, and IOMSN Clinical Practice Guideline Series*. Teva Neuroscience. Acedido em 03/05/2015. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/uploads/cpgms.pdf>

Wollin, J. A. (2006). Supportive and palliative care needs identified by multiple sclerosis patients and their families. *International Journal of Palliative Nursing*, 12 (1), 20-26

Diapositivo
21

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla

Ana Lúcia Tavares Pereira
Nº 6102

Docente orientadora:
Maria do Céu Sá

Lisboa
07 de Julho de 2015

ANEXOS

ANEXO I

Medicina Complementar e alternativa na EM

Figura 1. Medicina Complementar e Alternativa na EM

Table 1 CAM therapies with insufficient evidence to support specific practice recommendations for their use in multiple sclerosis				
CAM intervention	Description	Evidence	MS types studied	Adverse effects
Mind-body medicine				
Biofeedback	Active physiologic monitoring of a body system (e.g., EMG activity). The results of the monitoring are provided to the patient in real time.	1 Class III ^{e38}	MSU	
Music therapy	Uses music prescribed in a skilled manner by a music therapist	2 underpowered Class III ^{e39,e40}	RRMS, PPMS, SPMS	
Mindfulness-based training	Mental training by nonjudgmental awareness of moment-to-moment experience by mindfulness exercises including observation of sensory, affective, and cognitive domains of perceptible experience	1 Class III ^{e41}	RRMS, SPMS	None described
Hypnosis	Induction followed by a series of suggestions for analgesia and comfort. Patients practiced the skills by listening to an audio recording and using a cue to re-experience hypnotic effects.	1 Class III ^{e42}	Unspecified	None described
Biologically based practices				
Padma 28	Ayurvedic mixture of 22 herbs ^{e43} with presumed immunologic effects on the suppressor lymphocytes and the endogenous interferon production ^{e44}	1 Class III ^{e45}	Progressive MS, type unclear	
Linoleic acid	An unsaturated omega-6 fatty acid	2 underpowered Class II ^{e46,e47} 2 Class III ^{e48,e49}	MSU	
Creatine monohydrate	A naturally occurring nitrogenous organic compound involved in energy metabolism (phosphocreatine)	1 underpowered Class II ^{e50} 1 underpowered Class III ^{e51}	RRMS, MSU	
Acetyl-L-carnitine	A naturally occurring compound that is the acetylated form of L-carnitine (synthesized from lysine and methionine)	1 underpowered Class II ^{e52}	RRMS, SPMS	
Inosine	Ribosylated precursor of uric acid, which raises uric acid levels. Uric acid is a scavenger of peroxynitrate, a highly reactive compound postulated to cause potentially toxic changes in MS plaques, including nitration of tyrosine residues.	1 underpowered Class II ^{e53} 3 conflicting Class III ^{e54-e56}	RRMS, SPMS	4/16 patients in 1 Class III study developed kidney stones ^{e56}
Threonine	Naturally occurring amino acid observed to increase glycine in rat spinal cord and therefore proposed as a treatment of spasticity	1 Class III ^{e57}	Progressive MS, type unspecified	
Glucosamine sulfate	An amino sugar and a prominent precursor in the biochemical synthesis of glycosylated proteins and lipids, with potential immunoregulatory effects	1 Class I ^{e58}	RRMS	
Low-dose naltrexone	Long-lasting opiate receptor antagonist; may intermittently block opiate receptors resulting in increased endogenous production of endorphins and opiate receptors, promoting psychological well-being and general health	1 underpowered Class II ^{e59} 1 underpowered Class II ^{e60}	All MS subtypes	
Transdermal histamine with caffeine	Histamine is a neurotransmitter	1 Class III ^{e61}	RRMS and progressive MS, type unspecified	
Hyperbaric oxygen therapy		1 Class I noninterpretable due to suboptimal control intervention (10% oxygen with nitrogen) ^{e62} 5 underpowered Class II ^{e63-e67}	MS type unspecified	
Manipulative and body-based practices				
Hippotherapy	Therapeutic horseback riding where the subject is described as being passive	3 Class III ^{e68-e70} ; 1 underpowered, 2 noninterpretable statistically evaluating effect on gait, balance, and mood	RRMS, SPMS ^{e68} MS type unspecified ^{e69} All MS subtypes ^{e70}	
Yoga	Mind-body approach that has components of meditation, breathing, and postures	4 Class III ^{e71-e74} ; 3 underpowered ^{e71} , ^{e73,e74} evaluating effect on disability, spasticity, fatigue, cognition, mood, balance, and walking speed	MS types unspecified ^{e71,e72} All MS subtypes ^{e73,e74}	

Table 1 Continued				
CAM intervention	Description	Evidence	MS types studied	Adverse effects
Massage therapy		4 Class III; mood ^{a75} ; self-efficacy ^{a76} ; constipation ^{a77} ; pain, fatigue, balance, gait, and spasticity ^{a78}	MS type unspecified ^{a75} MS all types ^{a76,a77} RRMS, SPMS, PPMS ^{a78}	
Chinese acupuncture	Procedures involving penetration of the skin with needles in order to stimulate certain points on the body	1 Class III ^{a79} evaluating effect on QOL in SPMS	SPMS	
Electroacupuncture	Insertion of metallic needles into specific points and stimulating them electrically	1 Class III evaluating effect on disability, QOL, and pain ^{a80}	RRMS	
Progressive muscle relaxation therapy	Therapist instructs patients to contract and release different muscle groups	1 Class III evaluating effect on pain, disability, spasms, fatigue, cognition, and depression ^{a81} 1 Class III evaluating QOL ^{a82}	RRMS, SPMS ^{a81} ; RRMS, SPMS, PPMS ^{a82}	
Energy medicine				
Neural therapy	A modified form of acupuncture with local anesthetic injections	1 Class III ^{a83} evaluating effect on disability	All MS subtypes	
Naturopathic medicine	Multimodal therapy including diet, herbs, nutritional supplements, homeopathy, physical medicine, and counseling	1 Class III ^{a84} evaluating effect on QOL, cognition, disability, depression, and fatigue	RRMS	

Abbreviations: CAM = complementary and alternative medicine; MS = multiple sclerosis; MSU = MS type unspecified; PPMS = primary progressive MS; QOL = quality of life; RRMS = relapsing-remitting MS; SPMS = secondary progressive MS. Studies cited using reference list in summary guideline article (appearing in print).

Fonte: Yadav, V., Bever, C., Bower, J., Bowling, A., Weinstock-Guttman, B., Cameron, M, ..., Narayanaswami, P. (2014). Summary of evidence-based guideline: Complementary and alternative medicine in multiple sclerosis. *Neurology*, 82(12), 1083-1092.

DOI: 10.1212/WNL.0000000000000250

ANEXO II

Estrutura Taxonómica do Conforto

Figura 2. Estrutura Taxonómica do Conforto

	RELIEF	EASE	TRANSCENDENCE
PHYSICAL			
PSYCHOSPIRITUAL			
ENVIRONMENTAL			
SOCIOCULTURAL			

Type of comfort:

Relief—the state of having a specific comfort need met.

Ease—the state of calm or contentment.

Transcendence—the state in which one can rise above problems or pain.

Context in which comfort occurs:

Physical—pertaining to bodily sensations, homeostatic mechanisms, immune function, etc.

Psychospiritual—pertaining to internal awareness of self, including esteem, identity, sexuality, meaning in one's life, and one's understood relationship to a higher order or being.

Environmental—pertaining to the external background of human experience (temperature, light, sound, odor, color, furniture, landscape, etc.)

Sociocultural—pertaining to interpersonal, family, and societal relationships (finances, teaching, health care personnel, etc.) Also to family traditions, rituals, and religious practices.

FIGURE 1.2 Taxonomic structure of comfort.

Kolcaba, K., & Fisher, E. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(4), 66–76. (Adapted with permission of Aspen Publishers.)

Fonte: Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

APÊNDICE II

Guia de avaliação neurológica

1. GUIA DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

1.1. Estado Mental

Consciência:

*Estado de consciência:

*Estado de orientação:

Atenção:

*Vigilância:

*Tenacidade:

*Concentração:

Memória declarativa:

*Imediata:

*Curto prazo:

*Longo prazo:

Capacidades Práticas:

Negligência unilateral:

Comunicação:

*Componente Linguística:

- Discurso espontâneo
- Compreensão da linguagem verbal
- Compreensão da linguagem escrita
- Capacidade de nomear
- Capacidade de repetir
- Capacidade para escrever

*Competência pragmática:

- Prosódia
- Cinestesia
- Reconhecimento facial
- Reconhecimento da expressão

*Competência cognitiva

1.2. Pares Cranianos:

Pares Cranianos	Avaliação
I – Olfactivo (sensitivo)	
II - Óptico (sensitivo)	
III - Oculomotor (motor, origem no mesencéfalo) IV - Patético/Troclear (motor) VI - Motor ocular externo (motor)	
V - Trigémio (misto, núcleo de origem Gânglio de Gansser – base do crânio)	
VII - Facial (misto, origem protuberância)	
VIII – Acústico (sensorial)	
IX - Glossofaríngeo (misto, origem no bulbo raquidiano)	
X - Vago/pneumogástrico (misto, origem no bulbo raquidiano)	
XI – Espinhal (motor, origem no bulbo raquidiano)	
XII – Hipoglosso (motor, origem no bulbo raquidiano)	

1.3. Motricidade & Amplitude Articular

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular		Avaliação Espasticidade		Amplitude de Movimento Articular máxima	
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Cabeça e Pescoço	Flexão						
	Extensão						
	Flexão lateral esquerdo						
	Flexão lateral direito						
	Rotação						
Membro Superior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão						
	Extensão						
	Hiper-extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação interna						
	Rotação externa						
	Circundação						
	Elevação						
Depressão							
Cotovelo	Flexão						
	Extensão						
Antebraço	Pronação						
	Supinação						
Punho	Flexão						
	Extensão						
	Desvio radial						
	Desvio cubital						
	Circundação						
Dedos	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						
	Circundação do polegar						
	Oponência do polegar						

Membro inferior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Coxofemoral	Flexão						
	Extensão						
	Hiperextensão						
	Adução						
	Abdução						
	Rotação interna						
	Rotação externa						
	Circundação						
Joelho	Flexão						
	Extensão						
Tíbio Társica	Flexão plantar						
	Flexão dorsal						
	Inversão						
	Eversão						
Dedos	Flexão						
	Extensão						
	Adução						
	Abdução						

Coordenação Motora:

- *Prova índex-nariz
- *Prova indicação de Barany
- *Prova diadococinesia
- *Prova calcanhar-joelho

1.4. Sensibilidade:

*Superficial:

- Táctil
- Térmica
- Dolorosa

*Profunda/Proprioceptiva:

- Vibratória
- Postural

1.5. Equilíbrio:

*VIII Par craniano

*Escala de Equilíbrio de Berg

1.6. Marcha:

*andar como os olhos abertos e depois fechados

*andar enquanto vira a cabeça para a direita e para esquerda

*andar enquanto movimenta a cabeça para baixo e para cima

*andar e parar rapidamente

*andar e realizar uma volta de 360°

*andar enquanto carrega um objecto (por exemplo: 1 litro de leite em cada de mão, posteriormente apenas numa mão)

*subir e descer escadas

*andar a contornar obstáculos e, se possível sobre obstáculos

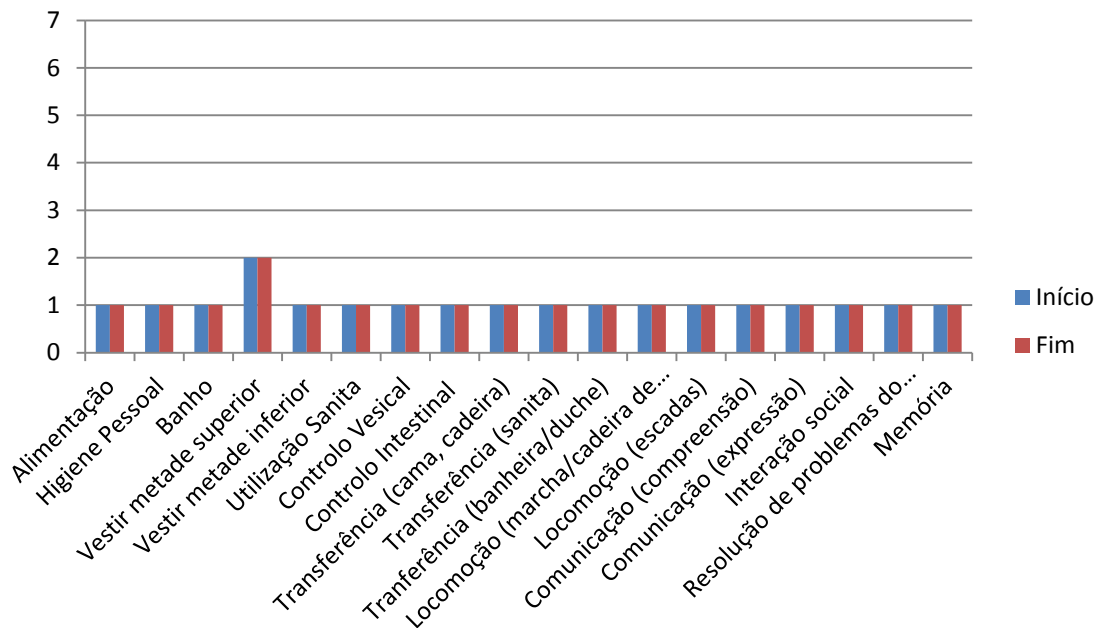
*andar enquanto responde a uma pergunta

APÊNDICE III

Monitorização da MIF

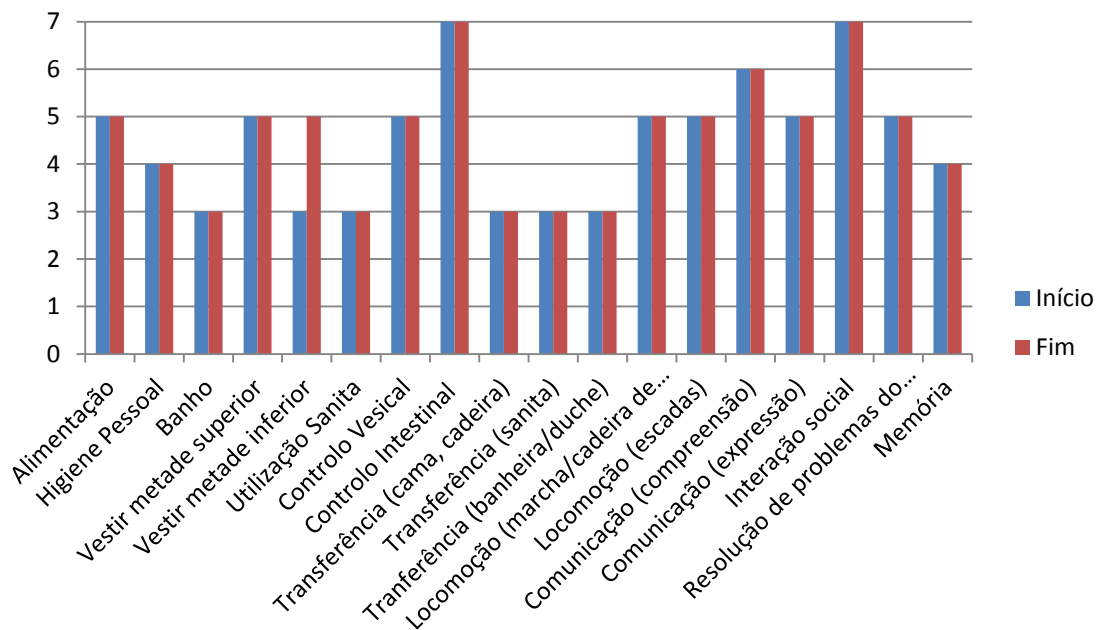
1. MONITORIZAÇÃO FINAL DA MIF DE 4 PESSOAS COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Gráfico 1. Monitorização final da MIF da Pessoa A



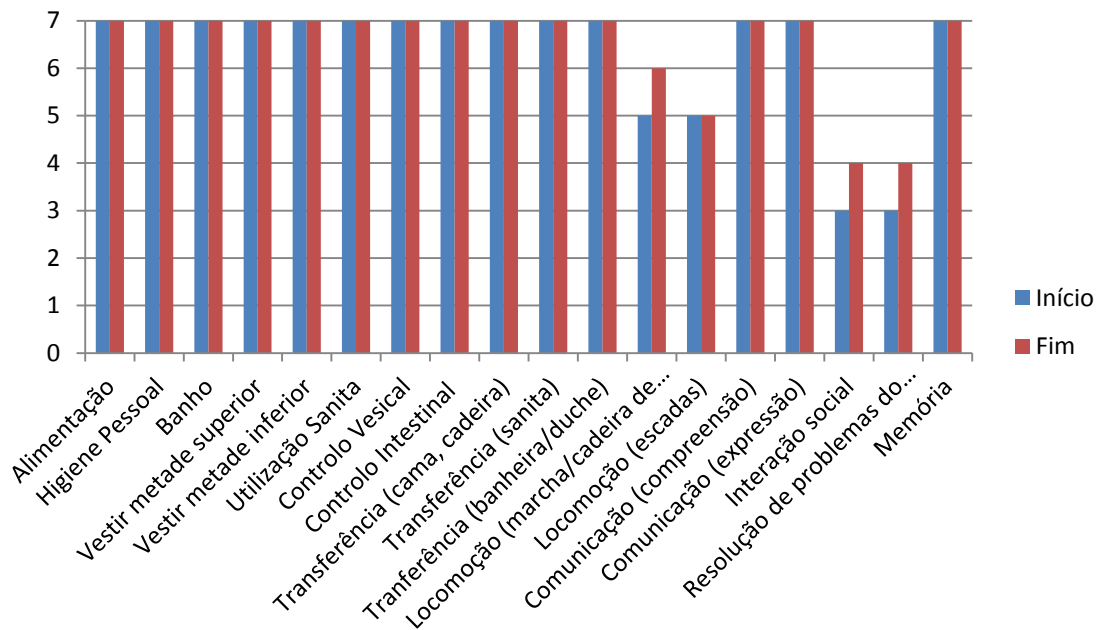
Legenda: Representação gráfica do nível de dependência – mínimo 1 ajuda total, máximo 7 independência completa - da pessoa A nos diferentes domínios da MIF, antes e depois da implementação do plano de Reabilitação

Gráfico 2. Monitorização final da MIF da Pessoa B



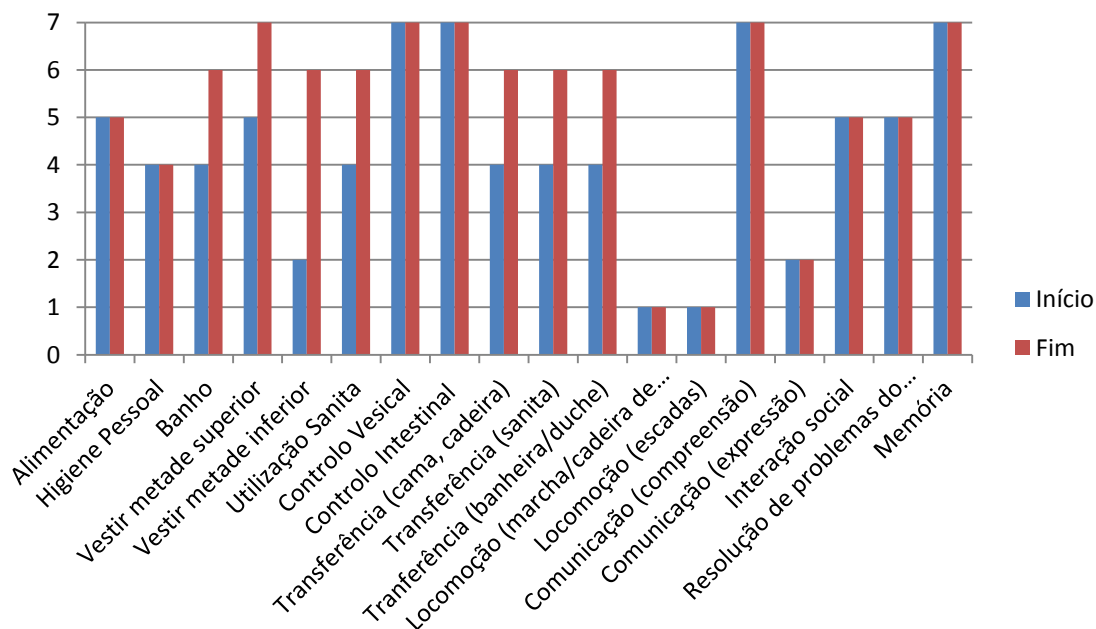
Legenda: Representação gráfica do nível de dependência – mínimo 1 ajuda total, máximo 7 independência completa - da pessoa B nos diferentes domínios da MIF, antes e depois da implementação do plano de Reabilitação

Gráfico 3. Monitorização final da MIF da Pessoa C



Legenda: Representação gráfica do nível de dependência – mínimo 1 ajuda total, máximo 7 independência completa - da pessoa C nos diferentes domínios da MIF, antes e depois da implementação do plano de Reabilitação

Gráfico 4. Monitorização final da MIF da Pessoa D



Legenda: Representação gráfica do nível de dependência – mínimo 1 ajuda total, máximo 7 independência completa - da pessoa D nos diferentes domínios da MIF, antes e depois da implementação do plano de Reabilitação

APÊNDICE IV

O Humor nos cuidados de enfermagem

O HUMOR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O humor nos cuidados de enfermagem tem impacto na dor, Cousins (1983) afirma que 10 minutos de riso proporcionam 2 horas sem dor, o que relaciona com o facto de o riso provocar libertação de endorfinas, consideradas analgésicos naturais (José, 2010).

O uso do humor tantas vezes menosprezado pelos enfermeiros, seja por considerarem que não têm tempo, por não terem formação nesta área, por pensarem que é uma invasão da privacidade, ou simplesmente por falta de vontade (Martins, 2007), tem também impacto, ao nível fisiológico.

Esta intervenção propicia o aumento da actividade respiratória e das trocas gasosas, da contração muscular e conseqüentemente o ritmo cardíaco, estimula o sistema cardiovascular, diminui a tensão arterial, estimula o sistema nervoso simpático e a produção de catecolaminas (José, 2002), com resultante aumento de adrenalina, o que estimula o estado de vigília e a memória, ou seja, o que tantas vezes é desvalorizado por nós enfermeiros pode ser uma arma na capacitação das pessoas e famílias, pois influencia directamente a aprendizagem.

Também o sistema imunitário⁷² pode ser influenciado pelo humor aumentando a atividade das células *Natural Killer* e os níveis de Imunoglobulina A, G e M, aumentando conseqüentemente a imunidade, como comprovado por Berck, Felten, Tan, Bittman & Westengard (2001), num estudo de investigação com doentes internados após visualização de um filme de humor, resultado que prevalece durante 12 horas após término do filme (José, 2010).

⁷² O sistema imunológico divide-se em sistema inato e sistema adaptativo. No sistema inato “o organismo reconhece e destrói algumas substâncias estranhas, mas a resposta é sempre a mesma em cada exposição” (Seeley, Stephens & Tate, 2005, p. 792) e, é composto por neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monócitos, células *natural killer* e por fatores solúveis. No sistema adaptativo “o organismo reconhece e destrói as substâncias estranhas mas, a resposta aumenta cada vez que se dá uma exposição ao agente agressor” (Seeley, Stephens & Tate, 2005, p. 792), é composto por linfócitos T e B e imunoglobulinas (Seeley, Stephens & Tate, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

José, H. M. G. (2002). *Humor nos Cuidados de Enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.

José, H. M. G. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como resposta humana*. Loures: Lusociência.

Martins, M. C. C. (2007). O enfermeiro e o alívio do sofrimento: uma revisão da literatura. *Pensar em Enfermagem*, 11 (1), 34-43.

Seeley, R., Stephens, T & Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (6ª Edição). Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I

Estrutura Taxonómica do Conforto

1. ESTRUTURA TAXONÓMICA DO CONFORTO

Contextos	Tipos de Conforto	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico			
	Psicoespiritual			
	Ambiental			
	Sociocultural			

Fonte: Adaptada de Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

ANEXO II
Escala de Lower

1. ESCALA DE LOWER

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade.

O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade, consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;

0/5 – Sem contracção muscular e sem movimento

Fonte: Marques Pinto, V. (2001). Papel do Enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In J. M. Padilha, A. G. Cruz, V. M. Pinto, P. J. P. Queirós, F. M. D. Henriques, M. C. O. Alves ... M. I. A. Costa (Autores). *Enfermagem em Neurologia* (pp. 43-56). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.

ANEXO III
Escala de *Ashworth* Modificada

1. ESCALA DE *ASHWORTH* MODIFICADA

- 0 – Não há aumento do tónus muscular;
- 1 – Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado pelo apanhar e largar ou por uma resistência mínima no final do arco de movimento;
- 1⁺ – Ligeiro aumento no tónus muscular, manifestado pelo apanhar/largar, seguido de uma resistência mínima (antes de metade do restante do arco de movimento);
- 2 – Aumento do tónus mantido mais marcado na quase totalidade do arco de movimento, mas consegue-se mobilizar facilmente os segmentos lesados;
- 3 – Aumento considerável do tónus muscular com mobilização passiva difícil;
- 4 – Os segmentos afectados apresentam rigidez na flexão ou na extensão.

Fonte: Marques Pinto, V. (2001). Papel do Enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In J. M. Padilha, A. G. Cruz, V. M. Pinto, P. J. P. Queirós, F. M. D. Henriques, M. C. O. Alves ... M. I. A. Costa (Autores). *Enfermagem em Neurologia* (pp. 43-56). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.

ANEXO IV

Escala de Equilíbrio de Berg

1. ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

INSTRUÇÕES GERAIS (pontuação de 0 a 4)

1. SENTADO PARA EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- (4) Capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente;
- (3) Capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos;
- (2) Capaz de permanecer em pé usando as mãos após várias tentativas;
- (1) Necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar;
- (0) Necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé.

2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte;
- (1) Necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte;
- (0) Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência.

Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- (4) Capaz de sentar com segurança por 2 minutos;
- (3) Capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão;
- (2) Capaz de sentar durante 30 segundos;
- (1) Capaz de sentar durante 10 segundos;
- (0) Incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos.

4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- (4) Senta com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Controla descida utilizando as mãos;
- (2) Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida;
- (1) Senta independentemente mas apresenta descida descontrolada;
- (0) Necessita de ajuda para sentar.

5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama).

- (4) Capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos;
- (3) Capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente;
- (2) Capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão;
- (1) Necessidade de assistência de uma pessoa;
- (0) Necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança.

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- (4) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos;
- (3) Capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão;
- (2) Capaz de permanecer em pé durante 3 segundos;
- (1) Incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé;
- (0) Necessidade de ajuda para evitar queda.

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- (4) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto;
- (3) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão;

- (2) Capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos;
- (0) Necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos.

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- (4) Capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas);
- (3) Capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas);
- (2) Capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas);
- (1) Capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão;
- (0) Perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo.

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- (4) Capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança;
- (3) Capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão;
- (2) Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente;
- (1) Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta;
- (0) Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- (4) Olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada;
- (3) Olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso;
- (2) Apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio;
- (1) Necessita de supervisão ao virar;
- (0) Necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda.

11. VIRAR EM 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- (4) Capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos;
- (3) Capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos;
- (2) Capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente;
- (1) Necessita de supervisão ou orientação verbal;
- (0) Necessita de assistência enquanto vira.

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- (4) Capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos;
- (3) Capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos;
- (2) Capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão;
- (1) Capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência;
- (0) Necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar.

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- (4) Capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos;
- (3) Capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos;
- (2) Capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos;
- (1) Necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos;
- (0) Perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé.

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- (4) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos;
- (3) Capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos;
- (2) Capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais;
- (1) Tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente;
- (0) Incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda.

PONTUAÇÃO TOTAL -

Fonte: Apóstolo, J.L.A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (documento de apoio). Acedido em: 05-09-2015. Disponível em:

http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509

ANEXO V
Escala de Morse

1. ESCALA DE MORSE

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não 0 Sim 25	
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	Não 0 Sim 15	
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	 0 15 30	
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não 0 Sim 20	
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	 0 15 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	 0 15	

Total	
--------------	--

Os itens na Escala são pontuados da seguinte maneira:

Historial de quedas: Este item é pontuado com 25 pontos se o doente tiver caído durante o internamento hospitalar actual, ou se, anteriormente à admissão, tiver havido um historial imediato de quedas, tais como as decorrentes de ataques ou de só andar com ajuda. Se o doente não tiver caído, o item é pontuado com 0 pontos. Nota: se um doente tiver caído pela primeira vez, a sua pontuação aumenta imediatamente para 25.

Diagnóstico(s) secundário(s): Este item é pontuado com 15 pontos se houver registos de mais do que um diagnóstico médico feito ao doente; caso contrário, pontue com 0.

Ajuda para caminhar: Este item é pontuado com 0 se o doente andar sem qualquer ajuda (mesmo que seja assistido por um enfermeiro), andar de cadeira de rodas, ou se permanecer deitado e nunca sair da cama. Se o doente usar muletas, canadianas ou uma bengala, este item pontua com 15 pontos; se o doente se deslocar apoiando-se a uma peça de mobiliário, pontue este item com 30 pontos.

Terapia intravenosa: Este item é pontuado com 20 pontos, se o doente tiver um dispositivo intravenoso ou tiver inserido “lock” de heparina; caso contrário; pontue com 0 pontos.

Modo de andar: um andar normal caracteriza-se por o doente andar com a cabeça levantada, baloiçar os braços livremente dos lados do corpo e dar passos largos sem hesitação. Este tipo de andar é pontuado com 0 pontos.

Com um andar debilitado, pontue com 10 pontos: o doente anda curvado, mas é capaz de levantar a cabeça enquanto anda, sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e o doente pode arrastar os pés.

Com um andar dependente de ajuda, pontue com 20 pontos: o doente tem dificuldade em se levantar da cadeira, tenta pôr-se de pé apoiando-se nos braços da cadeira ou balanceando-se (isto é, fazendo várias tentativas para se levantar). O doente põe a cabeça para baixo e olha para o chão. Como o doente não tem muito equilíbrio, agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa, ou a ajudas técnicas para andar. Não consegue andar sem ajuda.

Estado mental: Ao usar esta escala, o estado mental é avaliado com base na auto-avaliação que o próprio doente faz da sua capacidade de se deslocar. Pergunte ao doente: “Consegue ir à casa de banho sozinho ou precisa de ajuda?” Se a resposta do doente, em relação ao juízo que faz da sua capacidade, for consistente, considera-se o doente “normal” e pontua-se com 0 pontos. Se a resposta do doente não for consistente com as instruções dadas pelos enfermeiros ou se a resposta do doente não for realista, então considera-se que o doente sobrevaloriza as suas capacidades e se esquece das suas limitações. Neste caso, é pontuado com 15 pontos.

Pontuação e Nível de Risco: A pontuação é então somada e registada na ficha do doente. Em seguida, é identificado o nível de risco e as respectivas acções recomendadas.

Nível de Risco	Pontuação da escala de Morse
Sem risco	0 – 24
Baixo risco	25 – 50
Alto risco	≥ 51

Fonte: Costa-Dias, M.J.M., Ferreira, P.L. & Oliveira, A.S. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(2), 7-17.

DOI: 10.12707/RIII1382.

ANEXO VI
Escala de Braden

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla**



1. ESCALA DE BRADEN

Nome do doente: _____ Enfermeiro avaliador: _____

Idade: _____

					Data					
<p>Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>						
	<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>					
	<p>Actividade Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>					
	<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>					

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação à pessoa com Esclerose Múltipla**



<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>					<p>Pontuação total</p>			

Fonte: Direcção-Geral de Saúde (2011). *Orientação da Direcção Geral de Saúde Nº 017/2011 – Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

ANEXO VII

Medida de Independência Funcional

1. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis		7 Independência completa 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA		
		Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA		
Avaliação / datas					
AUTOCUIDADO	A- Alimentação				
	B- Higiene Pessoal				
	C- Banho				
	D- Vestir a metade superior do corpo				
	E- Vestir a metade inferior do corpo				
	F- Utilização da sanita				
CONTROLO ESFICTERES	G- Controlo Vesical				
	H- Controlo Intestinal				
MOBILIDADE	Transferência:				
	I- Leito/Cadeira/Cadeira de rodas				
	J- Sanita				
LOCOMOÇÃO	K- Banheira/Duche				
	L- Marcha/Cadeira de rodas	M		M	
COMUNICAÇÃO	M- Escadas	CR		CR	
	N- Compreensão	A		A	
CONSCIÊNCIA MUNDO EXTERIOR	O- Expressão	Vi		Vi	
	P- Interação social	V		V	
	Q- Resolução de problemas do quotidiano	NV		NV	
	R- Memória				
TOTAL					

Legenda: M: marcha; CR: Cadeira de Rodas; A: Auditiva; Vi: Visual; V: Verbal; NV: Não-verbal

Fonte: Laíns, J. (1991). *Guia para uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica*. Hospitais da Universidade de Coimbra: Coimbra. Acedido em 02/05/2016.

Disponível em:

rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/541/1/Guia%20SUDRM.pdf

ANEXO VIII

Heteroavaliação do Ensino Clínico



ANEXO II

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Ana Lucia Tavares Pereira

Local de Estágio: UCC Início: 28/01/2015 Fim: 26/11/2015

Orientador: _

Estudante dinâmica, motivada e motivadora, apresentou grande facilidade na integração tanto na equipa multidisciplinar como no contexto do trabalho. Manifestou sempre as competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação às pessoas com problemas de incapacidade, limitação de atividade e restrições do participativo encontradas no percurso de estágio em contexto domiciliário. Demonstrou conhecimentos, aplicando os mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Avaliou situações de risco, interviu no processo de adaptação da pessoa. Estabeleceu programas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação com o doente e família (monitorizar e avaliar), contribuiu com a sua formação profissional para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa. A estudante teve sempre como linha orientadora o seu projeto de estágio aplicando-o e adaptando-o conforme as necessidades identificadas no doente e no contexto específico do domicílio. Pelo percurso apresentado pela estudante excelente em termos de aquisição e desenvolvimento de competências avaliou-se o aluno com valores

DATA:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	<u>UCC</u>		<u>Ana Lucia Tavares Pereira</u>



ANEXO II

___ CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Ana Maria Tavares Pereira

Local de Estágio: _

Início: _____ Fim: 12/2/16

Orientador:

A estudante integrou-se na equipa de enfermagem sem dificuldades, permitindo-lhe colaborar com os colegas, articulando os cuidados de reabilitação específicos e delineados para cada utente. Foram definidos planos de cuidados que foram aplicados a utentes específicos possibilitando uma avaliação e reavaliação da evolução do mesmo. A Maria conseguiu aplicar os conhecimentos técnicos para a prática intervindo com base em conhecimentos científicos. Foram mobilizados os recursos disponíveis e possíveis durante o estágio. Foram feitas reflexões durante o estágio relativas aos cuidados prestados e aos resultados esperados. Apreciação Global: Muito Bom.

DATA:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:			<u>Ana Maria Tavares Pereira</u>