

Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação**

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM PARAPLEGIA

Mário Jorge Oliveira da Paz Ciríaco

2015

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública.



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

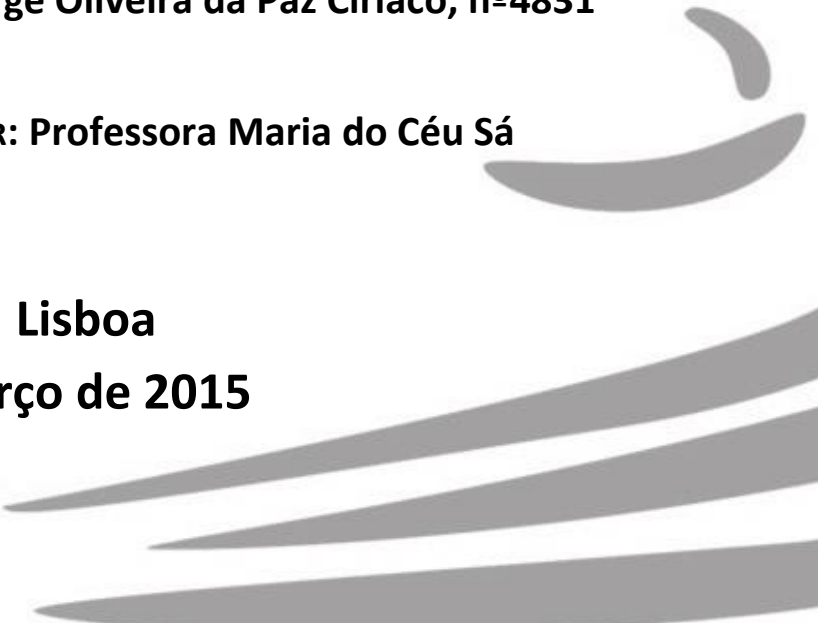
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO
DA PESSOA COM PARAPLEGIA**

REALIZADO POR: Mário Jorge Oliveira da Paz Ciríaco, nº4831

DOCENTE ORIENTADOR: Professora Maria do Céu Sá

**Lisboa
Março de 2015**



*“As dificuldades são como as montanhas.
Elas só se aplainam quando avançamos sobre elas.”*

Provérbio Chinês

AGRADECIMENTOS

À professora Maria do Céu Sá, Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre em Ciências de Enfermagem, por toda a disponibilidade, paciência e apoio no desenvolvimento do meu projecto e no decorrer da minha prática clínica;

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, orientadores nos locais de Estágio, pela abertura, sinceridade e dedicação no decorrer do meu estágio;

À equipa de saúde ocupacional onde trabalho, em especial à equipa de enfermagem;

A toda a equipa de enfermagem no meu serviço hospitalar, em especial, à Enfermeira Chefe, pela ajuda na conjugação de horários, trocas realizadas e apoio nos períodos críticos;

A todas as pessoas a quem prestei cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em contexto de estágio, pela ajuda no meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional;

À minha família, pelo espírito de sacrifício e amor incondicional que me levou ao término deste projecto;

A todos os que intervieram e tornaram possível a concretização deste Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação;

...o meu sincero “*muito obrigado*”.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

LVM – Lesão Vertebro Medular

MIF – Medida da Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCIM – *Spinal Cord Independence Measure* (Medida da Independência na Lesão Medular)

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos

RESUMO

A paraplegia, por lesão vertebro-medular, tem vindo a alterar a sua realidade, quer pela sua percepção pelos outros, quer pela sua incidência e prevalência. A pessoa com paraplegia tem uma esperança média de vida cada vez maior, quão maior o desenvolvimento técnico e científico da sociedade onde a pessoa se insere. Assiste-se actualmente a investigação contínua, no sentido de encontrar uma forma de reestabelecer a lesão medular verificada.

Não sendo essa cura uma realidade do presente, a pessoa com paraplegia tem que desenvolver estratégias e competências para conseguir dar resposta às suas necessidades diárias, pelo profundo impacto que esta situação provoca na vivência da pessoa manifestando-se por alterações na capacidade de realização do seu autocuidado.

É indispensável a identificação das limitações no autocuidado desta, que se prendem com a incapacidade de realização independente das suas actividades. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em conjunto com a família, ajuda-a a desenvolver mecanismos para promover a autonomia, no seu contexto social e domiciliário, na preparação para uma vida independente, dentro da nova vivência do seu ser.

Um quadro referencial teórico de enfermagem que parece dar resposta às limitações definindo a intervenção de enfermagem é a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem.

Este relatório tem como objectivo analisar e reflectir sobre as actividades e experiências, decorrentes do período de estágio clínico. Este realizou-se num centro de reabilitação sendo complementado por um estágio num serviço mais focado na Reeducação Funcional Respiratória, permitindo uma complementaridade na aquisição de competências. O relatório tem também como finalidade representar e fundamentar a aquisição de competências comuns de enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com foco na promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia em fase de sequelas. Ao longo de todo o percurso foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica que permitisse a fundamentação dos cuidados e o aprofundamento de conhecimentos.

Palavras-chave: Lesão Vertebro-Medular, Paraplegia, Independência, Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Paraplegia due to spinal cord injury has been changing its reality, due to changes in its perception by others and its incidence and prevalence. The paraplegic person has an increasing life expectancy, in line with the technical and scientific development of the society in which the person lives. We are witnessing currently ongoing research towards a way to reestablish spinal cord injury.

Being the cure a reality of the future, the person with paraplegia has to develop strategies and skills to be able to suffice her own needs due to the deep impact that paraplegia causes, manifesting itself by changes in the capacity to execute self-care.

The identification of limitations on the execution of self-care by the paraplegic person, relate to the inability of independent execution of the Daily Living Activities. Registered Nurses, specialized in Rehabilitation Nursing, together with the person's family, helps her to develop tools, promoting autonomy, in her home and social context, in preparation for independent living within the new experience of her new self.

One theoretical framework of nursing that addresses the limitation of self-care and intervention of nursing care is the Self-Care Deficit Theory of Dorothea Orem.

The purpose of this report is to do the analysis and reflection on the activities and experiences arising from the period of clinical stage. The clinical internship took place on a rehabilitation center, complemented by an internship in a Respiratory Functional Reeducation focused stage, allowing for complementarity in the development of Rehabilitation Nursing skills. This report also represents and reasons the acquiring of common specialist Nurse skills and specific Rehabilitation Nursing skills, focusing on the promotion of self-care of the person with paraplegia in sequelae stage. Throughout the process, an extensive literature research was conducted, allowing the deepening of knowledge as well as justifying and validating the nursing care executed.

Key Words: Spinal Cord Injury, Paraplegia, Independence, Self-Care, Rehabilitation Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	26
1.1. Aquisição de Competências Comuns	29
1.2. Aquisição de Competências Específicas- Área Sensório Motora.....	32
1.2.1. Identificar os Défices de Autocuidado na Pessoa com Paraplegia ...	39
1.2.2. Planear Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação que Promovam o Autocuidado da Pessoa com Paraplegia	44
1.2.3. Prestar Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação que Promovam o Autocuidado da Pessoa com Paraplegia	46
1.2.4. Promover a Continuidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação da Pessoa com Paraplegia	56
1.3. Aquisição de Competências Específicas - Área Funcional Respiratória	59
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

APÊNDICE 1 Projeto de Formação

APÊNDICE 2 Guiões de Entrevista e de Observação

APÊNDICE 3 Cronograma de Objectivos Planeados em Projecto de Formação

APÊNDICE 4 Competências, Objectivos, Actividades e Critérios de Avaliação Planeados em Projecto de Formação

APÊNDICE 5 Instrumento de Avaliação da Pessoa com Paraplegia e Planeamento de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

ANEXO I Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

ANEXO II Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, como objecto e instrumento de avaliação final do percurso formativo realizado em estágio, no 3º e último semestre do curso.

O relatório, assumindo-se como o relato de actividades e factos, realizados, observados e identificados em campo de estágio, descrevendo e substanciando os mesmos através de uma reflexão crítica, baseada na evidência científica, reflecte a qualidade do estágio realizado, demonstrando uma exposição escrita de experiências, factos e vivências, no desenvolvimento científico, técnico e relacional (Sussams, 1996). O desenvolvimento do estágio foi planeado, com os objectivos definidos, no Projecto de Formação (Apêndice 1).

Este relatório descreve e evidencia as competências específicas na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) adquiridas neste período de estágio, no foco específico da compreensão e intervenção do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia em fase de sequelas por lesão vertebro medular (LVM).

O objectivo geral do estágio foi, como planeado, desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com ênfase no cuidado à pessoa com paraplegia por lesão medular, na fase de sequelas, permitindo a aquisição das competências de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e as competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b)

A pessoa com paraplegia, na fase de sequelas, necessita e beneficia de um acompanhamento ao mesmo tempo mais estruturado e especializado, de preferência num centro de reabilitação, onde vários profissionais, nas suas diversas especialidades trabalham com a pessoa no seu desenvolvimento e adaptação à sua nova condição.

A minha experiência profissional relaciona-se com a pessoa/família com patologia do foro orto-traumatológico, com contacto frequente com a pessoa com traumatismo vertebro medular, sobretudo em fase de sequelas, aguardando transferência para unidades de reabilitação, após estabilização de fractura. Neste sentido o foco do meu estágio incidiu sobre a pessoa com LVM, mais concretamente com paraplegia em fase de sequelas e na intervenção do EEER na promoção do seu autocuidado.

Ao longo dos séculos inúmeras considerações morais, políticas e filosóficas têm sido tecidas sobre o conceito “pessoa”. No estrito sentido biológico pode-se afirmar que a pessoa é o ser Humano. O que distingue este ser Humano dos restantes seres são as suas características específicas, comuns mas ao mesmo tempo individuais perante o quadro ético de um determinado grupo em que se insere, como sejam a capacidade de raciocinar e comunicar, a emoção, capacidade para actuar intencionalmente, autoconsciência, auto-regulação, potencial para sofrer de forma particular e o interesse em preservar o eu e a sua identidade (Chappell, 2011; Entwistle & Watt, 2013). Contudo, a ideia de que todos os seres Humanos devem ser tratados como pessoas não obriga necessariamente a que sejam todos tratados da mesma forma (Entwistle & Watt, 2013). Concomitantemente, o cuidar da pessoa ajuda no seu próprio desenvolvimento como pessoa, significando simultaneamente o reconhecimento da pessoa como membro integrante de uma comunidade de pessoas (Chappell, 2011).

A pessoa, no seu interesse de preservar o eu, desenvolve e executa o seu autocuidado, conceptualizando-se como um processo de saúde e bem-estar do individuo, ao mesmo tempo inato e aprendido (F. Petronilho, 2012). O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo do tempo. Numa tentativa de uniformizar a linguagem utilizada internacionalmente por Enfermeiros, a CIPE, na sua versão 2, define o autocuidado como *“Actividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais e íntimas e as actividades de vida diária.”*(Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011). Neste sentido pode-se conotar ao autocuidado a significação de objectivo e resultado sensível aos cuidados de enfermagem, das intervenções de

gestão da doença e promoção da saúde (Doran, 2003), assumindo-se como um indicador do sucesso da gestão do processo saúde-doença (F. Petronilho, 2012).

Orem (Orem, Denyes, & Bekel, 2001) define o autocuidado, conceito base da sua teoria, como o desempenho de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Na sua Teoria do Défice do autocuidado Orem define quando o cuidado de enfermagem é necessário, no caso de diminuição da capacidade para, ou aumento da exigência do autocuidado. A pessoa tem requisitos de autocuidado e capacidade de autocuidado. Se os requisitos forem superiores à capacidade de autocuidado esta apresenta dependência necessitando do cuidado de enfermagem (Parker, 2005).

Orem define cinco métodos de ajuda (George, 2000) que poderão ser utilizados: agir ou fazer para outra pessoa; guiar ou orientar; proporcionar apoio físico e psicológico e proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem determina como as necessidades de autocuidado da pessoa são respondidas pelo enfermeiro (Parker, 2005). A pessoa com paraplegia pode necessitar de qualquer um destes sistemas em diversas facetas do seu processo de reabilitação¹ sendo o objectivo último a aquisição da mestria na gestão da sua incapacidade² e realização do seu autocuidado.

Ao longo do processo de saúde-doença poderá existir necessidade dos sistemas assistenciais, no sentido da sua maior independência. Este é o objectivo do

¹ Segundo Leite e Faro (2005) reabilitação define-se como "...um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está incapacitado a atingir o seu maior nível possível de funcionalidade física, mental, espiritual, social e económica." Segundo Faro (2006) a reabilitação divide-se em três grandes domínios que dizem respeito à reintegração nas actividades de vida diária, à convivência social e à convivência familiar.

² Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2004) a Incapacidade deve integrar dois modelos opostos e complementares na sua definição, o modelo médico e o modelo social. O primeiro encara a incapacidade como um problema da pessoa, causado por processo de doença ou trauma, sendo que os cuidados visam a cura e adaptação da pessoa. O segundo define a incapacidade como um problema causado pela sociedade que dificulta a integração plena da pessoa. Neste modelo a incapacidade é um problema que resulta de um conjunto complexo de condições, a maioria criadas pelo ambiente social.

EEER, que a pessoa desenvolva e crie estratégias para readquirir a independência no autocuidado.

Orem (Orem et al., 2001) encara o conceito de dependência na perspectiva em que a pessoa é responsável por controlar autonomamente os cuidados em áreas em que é dependente, trabalhando e desenvolvendo-se, com o objectivo último de alcançar a sua independência (Hoeman, 2000). Os conceitos de dependência e independência são, então, conceitos que sustentam o conceito central autocuidado (Hoeman, 2000).

O funcionamento da família, perante uma situação de dependência de uma pessoa no seu seio, está dependente da capacidade de mobilização de recursos, internos e externos, para ultrapassar e/ou minimizar a situação experienciada na transição (Gil, 2010).

A Classificação Internacional para a Incapacidade e Funcionalidade (CIF) (Organização Mundial de Saúde, 2004), relaciona a dependência com os défices em estruturas e funções do corpo, com as limitações e restrições nas actividades que a pessoa realiza e com as barreiras e ajudas técnicas no contexto da interacção. Há que estudar as actividades em que a Pessoa necessita de ajuda de terceiros para se poder avaliar a dependência nessa actividade (Kearney & Pryor, 2004).

O Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho de 2006 (2006), que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, define a dependência como *“Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária”*.

As Actividades de Vida Diária³ (AVD), no sentido de objecto do autocuidado, são geralmente usadas para o avaliar (F. Petronilho, 2012). Em 2011 a Ordem dos Enfermeiros, através da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de

³ AVD define-se, em contexto da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação como o conjunto de actividades ou tarefas comuns que a pessoa desempenha de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011)

Reabilitação, emitiu um parecer onde clarifica o conceito AVD subdividindo-o em dois grupos: Atividades Básicas de Vida Diária⁴ (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária⁵ (AIVD) (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011).

O autocuidado é então uma base, solidamente alicerçada na definição do conceito, para guiar as intervenções do EEER, o seu planeamento e as actividades de ensino e aprendizagem (Petronilho, 2012), preparando a pessoa para agir e decidir nas situações decorrentes das suas transições⁶ ao longo do ciclo de vida (Meleis, 2010).

A lesão medular ou a lesão vertebro medular, com as suas consequências e intercorrências a longo prazo como o sejam as decorrentes da situação de paraplegia, desencadeiam uma multiplicidade de sentimentos, condicionantes e limitações à prossecução do autocuidado pela pessoa (Mancussi, 1998). A incapacidade traduz-se na alteração da motricidade e sensibilidade, provocando alterações na vida da pessoa com paraplegia, na sua família e na comunidade onde se insere (Meneguessi et al., 2012).

A investigação aponta, como grandes défices de autocuidado, na pessoa com paraplegia, a incapacidade para realizar o autocuidado nas AVD higiene, movimentação e transferência, eliminação intestinal e vesical e o vestuário. Identifica ainda, a disfunção sexual, o risco de infecção, risco de perda de integridade cutânea, ansiedade e dor (Cafer, Barros, Lucena, Mahl, & Michel, 2005; Mancussi, 1998). Para os défices de autocuidado a literatura identifica quais as intervenções e técnicas de enfermagem de reabilitação que podem colmatar as limitações e ajudar

⁴ ABVD: higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência. (Fricke, 2010)

⁵ AIVD: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte. (Fricke, 2010)

⁶ Transição, segundo Meleis (2010) é *"... a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta."* (pp. 25-26)

a pessoa a desenvolver o seu próprio autocuidado⁷: assistir no autocuidado: banho e higiene; vestir; cuidados com os cabelos; assistir no autocuidado: vestir-se/arranjar-se; aconselhamento sexual; controlo de infecção; protecção contra infecção; controlo de pressão sobre áreas do corpo; prevenção de úlcera de pressão; cuidados na incontinência urinária; controle da obstipação; redução da ansiedade; supervisão da pele; cuidados com lesões; alimentação; assistir no autocuidado: alimentação; ensino: processo da doença; cateterização vesical; cuidados na retenção urinária e controle da dor (Cafer et al., 2005).

Mais do que uma intervenção num sistema meramente compensatório, o EEER busca e desenvolve a capacidade da pessoa para a realização do seu autocuidado, a sua independência, a capacidade de o realizar sem ajuda de outros.

O contributo do EEER no desenvolvimento e capacitação da pessoa com paraplegia revela-se fundamental, recorrendo a competências próprias definidas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) e nova informação e técnicas resultado de investigação na área. O EEER deve basear a sua prática na evidência científica existente, efectuando uma prática eficaz, com os mais elevados padrões, assegurando-se que “o que é feito, é feito bem – para que se obtenham mais resultados benéficos que nocivos” (Craig & Smyth, 2004, p.4).

O percurso de estágio realizou-se, no período de maior duração, num local que me permitiu dar resposta à problemática definida em projecto de formação (Apêndice 1). Existiu, ainda, um período de menor duração que, não respondendo directamente à área temática escolhida, permitiu desenvolver competências do EEER complementando a minha formação com um leque mais alargado de experiências.

O presente relatório será estruturado em função dos objectivos por mim delineados no plano de estágio, enquadrando e explicitando como cada um dos objectivos e respectivas actividades foram executadas, respondidas, avaliadas e

⁷ 26 Intervenções identificadas por Cafer et al.(2005), de acordo com as Classificações de Intervenções em Enfermagem (NIC) (Bulechek, Butcher, & Dotcherman, 2010).

reflectidas, culminando na aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do EEER.

Para tal recorrer-se-á a exemplos práticos vivenciados em estágio, a reflexões decorrentes das intervenções e a reflexões críticas sobre fontes de saber, quer escrita na forma de estudos ou bibliografia relevante, quer tácito ou pessoal, na forma de considerações ou reflexões de terceiros, nomeadamente EEER, com especial preponderância naquelas que derivam dos enfermeiros orientadores de estágio. Não sendo objecto deste relatório individualizar os cuidados de ER prestados, as experiências retractadas reflectem inúmeras pessoas individuais, com características e necessidades muito pessoais.

O presente Relatório de Estágio encontra-se dividido em três partes interligadas e subsequentes.

A primeira é a presente introdução, onde se enquadra o relatório no percurso de desenvolvimento e aquisição das competências com base no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, assente nos descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e tendo como pano de fundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). É feita ainda a descrição da área temática e enquadramento conceptual sucinto, abrindo caminho e estabelecendo as bases para o desenvolvimento do relatório.

A segunda corresponde ao corpo do relatório em si, com a descrição das actividades, reflectindo sobre elas e executando a fundamentação científica, perante o estado da arte da ciência de Enfermagem de Reabilitação (ER) pois este relatório não é nem pode ser meramente descritivo. Aquela que é a competência fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é a capacidade de alicerçar a sua prática no conhecimento científico mais actual, reflectindo sobre ele e desenvolvendo-o para além do que é descrito na literatura. A individualidade de cada pessoa a isso obrigam, para alcançar o verdadeiro cuidado especializado e de qualidade.

Nesta parte é ainda realizada a reflexão crítica e efectuada a descrição de actividades realizadas no período de estágio complementar na área funcional

respiratória, reflectindo na sua integração na formação integral do EEER e suas interligações e *nuances* na prestação de cuidados do EEER.

A terceira e última parte corresponde a uma reflexão final sobre todo o percurso, incidindo principalmente no período de estágio, perspectivando o meu futuro pessoal e profissional, bem como o futuro da profissão no geral e da especialidade no particular.

1. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A especialização numa determinada área de conhecimento assenta no binómio aprender/experimentar. Benner (2001) apresenta-nos esta noção defendendo que apenas ao longo do tempo o enfermeiro entrelaça e liga os conhecimentos teóricos e práticos, desenvolvendo o seu conhecimento clínico. Neste contexto, o percurso de estágio assume-se como o local inicial onde desenvolver este conhecimento clínico, munindo o enfermeiro de ferramentas para um contínuo desenvolvimento científico e profissional.

O desenvolvimento de um projecto de formação (Apêndice 1) foi essencial para a definição e planeamento do estágio, estruturando o seu curso e direccionando-o à aquisição de competências preconizadas, dentro da área temática definida.

O período de estágio revelou-se um período rico de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências. Ao longo de todo o período, dando corpo físico às aprendizagens desenvolvidas, foi realizado um trabalho de reflexão e análise crítica da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, recorrendo a apoio bibliográfico, apoiando-se na produção científica, em artigos da especialidade e livros técnicos. Esta metodologia de análise e reflexão foi materializada em jornais de aprendizagem, em intervalos temporais regulares ou pontuais, decorrendo da especificidade e riqueza das experiências vivenciadas. Os jornais de aprendizagem permitem o desenvolvimento do pensamento crítico, potenciando a reflexão e a reconstrução das inúmeras experiências vivenciadas (Perrenoud, 1999).

O presente relatório de estágio apresenta a súmula destas análises e reflexões críticas, sustentado, também ele, na evidência científica reunida.

O período de estágio foi dividido em dois locais distintos, de modo a responder aos objectivos definidos em projecto de formação (Apêndice 1).

De acordo com os locais de estágio e as suas especificidades foram identificadas as actividades a desenvolver, bem como o cronograma do seu

desenvolvimento (Apêndice 3). Para as actividades foram identificados os respectivos domínios e competências⁸, estratégias e actividades a desenvolver, recursos necessários, indicadores e critérios de avaliação para posterior auto-avaliação do desempenho, aquisição, desenvolvimento e resposta às diversas actividades apresentadas (Apêndice 4).

A prestação de cuidados especializados de reabilitação em estágio foi alicerçada no quadro teórico desenvolvido por Orem (2001) na sua teoria do Déficit de autocuidado. Através dela foi possível a identificação dos défices de autocuidado, a definição da necessidade de cuidados de enfermagem e o tipo de intervenção de enfermagem através dos sistemas de enfermagem.

Todos os cuidados prestados assentaram no princípio da prática baseada na evidência. Segundo Craig e Smyth (2004) apenas este tipo de prática promove e defende a qualidade dos cuidados de saúde que, por sua vez, é a forma de valorizar os cuidados de enfermagem tornando-os sensíveis à população.

Para dar resposta aos objectivos definidos de acordo a área temática escolhida, foi seleccionado um centro de reabilitação de referência nacional para realização de estágio.

O centro de reabilitação escolhido tem sido ponto de referência na medicina de reabilitação, a nível nacional, bem como na especialidade de enfermagem de reabilitação. Com uma área de intervenção grande e em crescimento, também a diversidade das situações às quais dá resposta tem vindo a aumentar proporcionando um conjunto de experiências de estágio vastas e enriquecedoras.

O centro de reabilitação investe fortemente na formação dos seus profissionais, pelo que estes revelam elevada diferenciação científica e profissional, sendo uma instituição de referência na formação na área de reabilitação. É também uma instituição pioneira na realização de estudos em diversas áreas da reabilitação e aplicação de novas técnicas.

⁸ De acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) (Anexo I) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) (Anexo II).

No centro de reabilitação, para além de ter realizado uma observação informal nos diversos departamentos, tive como local de estágio o departamento de AVD (na primeira semana) e um de dois serviços de reabilitação de adultos. Este serviço começou, na sua história, por prestar cuidados a pessoas com mais de 18 anos, de ambos os sexos, com lesões medulares, sendo que no momento, pela necessidade e alteração da realidade nacional presta também cuidados a pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC) entre outras situações. Este facto permitiu o desenvolvimento de experiências adicionais através da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação (ER) a pessoas com esta patologia, representando uma modificação benéfica no planeamento inicial em projecto de formação.

Em projecto de formação a área sensoriomotora e a área funcional respiratória foram abordadas individualmente na definição de objectivos e de campos de estágio por forma dar resposta aos mesmos. Na prática essa divisão é esbatida pois a pessoa, como um todo, revela necessidades de enfermagem de reabilitação em inúmeros sistemas simultaneamente, dependendo da sua situação específica. Tal facto foi observado como uma mais-valia, permitindo o desenvolvimento de competências referentes a ambas as áreas nos dois locais de estágio.

O local de estágio escolhido para desenvolver competências de enfermagem de reabilitação na área funcional respiratória foi uma unidade de reabilitação funcional respiratória, inserida num hospital de referência nacional.

Também esta unidade é uma unidade especializada no atendimento de pessoas com patologias específicas, como sejam a fibrose quística, para além de dar resposta a problemas vários do foro respiratório.

Nos seguintes subpontos do ponto 1 é apresentado o desenvolvimento e a aquisição de competências efectuada através do percurso experienciado, motivado por objectivos pessoais e profissionais, objectivos de formação e competências requeridas já referidas.

É com prazer que se observa a súmula de todo um ciclo formativo que se encerrou para dar abertura a todo um mundo novo de desenvolvimento profissional na área da especialidade de enfermagem de reabilitação.

1.1. Aquisição de Competências Comuns

Em projecto de formação foram definidos objectivos comuns (Apêndice 1) a ambos os locais de estágio, objectivos esses relacionados com a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e como tal não específicas do local de estágio, antes transversais à prestação de cuidados do EEER.

De modo a adquirir as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) desenvolvi ao longo de todo o período de estágio a minha prestação de cuidados de forma ética, buscando o consentimento informado da pessoa e família, centralizando neles o meu cuidado, buscando a sua autonomia. De facto, o respeito pelos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, igualdade, honestidade e justiça são as pedras basilares do exercício profissional de enfermagem, constituindo a base do seu código deontológico inscrito no estatuto da Ordem dos Enfermeiros⁹. Estando entrosados na minha prática de enfermagem diária senti apenas necessidade de reflexão para discernir como eles se reflectem na prática do EEER, revestindo-se de novas *nuances* e sensibilidades de forma a dar resposta aos desafios decorrentes do cuidado especializado.

Também a comunicação e o estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e a família assentou nos princípios éticos e deontológicos da enfermagem.

O respeito por estes princípios, no decorrer da minha prática em estágio, permitiu desenvolver um cuidado especializado que respeitou a autonomia da pessoa, apresentando opções de cuidados, sedimentadas no conhecimento, ajudando-a a planear com o EEER o seu próprio percurso de reabilitação.

Procurei com esta prática, alcançando, a autonomia da pessoa, uma noção não concorrente mas parceira no cuidar. Segundo Veiga(2011) da defesa da autonomia surge o princípio de advocacia do utente, o de protecção da sua capacidade de

⁹ A Ordem dos Enfermeiros (2012) definiu o código deontológico dos enfermeiros no seu estatuto dividindo-o nos seguintes pontos: dever para com a comunidade, valores humanos, direito à vida e à qualidade de vida, direito ao cuidado, dever de informar, dever de sigilo, respeito pela intimidade, respeito pelo doente terminal, excelência do exercício, humanização dos cuidados, deveres para com a profissão, deveres para com as outras profissões e objecção de consciência.

decisão e da sua decisão. O que relaciona esta decisão com a execução é uma fina linha entre a autonomia pessoal e a influência de pressões externas quer da equipa, família, comunidade e principalmente do enfermeiro cuidador.

Tive especial cuidado em evitar a ocorrência de situações deste tipo permitindo-me desenvolver e adquirir em pleno as competências comuns do enfermeiro especialista na área da responsabilidade profissional, ética e legal bem como na área da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A busca pela qualidade do cuidado foi uma constante. Quer através do apoio do enfermeiro orientador e equipa de EEER, quer através da busca pela actualização e revisão bibliográfica constante. Esta preocupação está presente na minha prestação de cuidados diariamente e apenas ela permite garantir a segurança da pessoa e família, criando o ambiente terapêutico necessário à persecução do cuidado. Desta forma foram desenvolvidas, ao longo de todo o estágio, competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) ao mesmo tempo que foi potenciado o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para estas os momentos informais de formação foram fundamentais. Quer em reunião informal com vários elementos da equipa e com o enfermeiro orientador, quer em momento semiformal de passagem de turno, a troca de informação e de experiências revelaram-se momentos ricos de aprendizagem, de partilha e inter-relação entre os profissionais. É reconhecida a importância destes momentos como pontos de discussão produtivos dos quais resultam algumas mudanças de comportamentos e necessidades de busca de informação cientificamente credível para fundamentar, estruturar e designar o cuidado. É desenvolvido então o autoconhecimento e a assertividade, fomentando o crescimento interpessoal e combatendo a estagnação que a rotina condiciona nas equipas de enfermagem, permitindo-me adquirir competências do domínio das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

É nestes momentos de partilha que o EEER, como gestor de caso, expõe o plano de cuidados para uma determinada pessoa, o debate, adapta e integra no seio da equipa de modo a conseguir a prosecução do cuidado dentro dos parâmetros de qualidade e eficiência definidos. Ao longo de todo o percurso desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista na área de gestão dos cuidados

(Ordem dos Enfermeiros, 2010a). De facto, a gestão do cuidado pelo EEER foi uma constante neste estágio e tal é detalhado ao longo de todo o relatório, especificando e explanando a necessidade e a utilidade desta gestão de caso especializada, na prossecução do processo de reabilitação.

O registo escrito assume a função de união, uniformização do cuidado para uma determinada pessoa na equipa e prova de execução, possibilitando uma análise futura do cuidado, permitindo a realização de um estudo que permita desenvolver novo conhecimento teórico e científico.

Assim, o registo escrito, foi fundamental na prossecução do meu estágio, sendo que, através dele, comuniquei de forma inequívoca na equipa, permitindo estruturar o cuidado personalizado. Embora tenha recorrido a alguns documentos pessoais por forma a organizar o estudo pessoal na área de reabilitação, foi no processo escrito da pessoa na instituição que registei o cuidado especializado. Assim foi assegurada a continuidade do cuidado, elemento essencial à prossecução do programa de reabilitação.

A base do trabalho do enfermeiro apoia-se no conhecimento dos princípios do posicionamento e alinhamento corporal, bem como do equilíbrio e motricidade. Este conhecimento é útil, em primeira linha, ao próprio enfermeiro que os deverá respeitar de modo a prevenir a instalação de lesões musculoesqueléticas decorrentes de uma má postura no momento da execução do cuidado de enfermagem. Esta foi e é uma preocupação constante na minha prática diária e em estágio, garantindo a minha própria segurança e da pessoa alvo do cuidado de enfermagem.

1.2. Aquisição de Competências Específicas - Área Sensório Motora

De modo a permitir o desenvolvimento de competências como EEER, torna-se necessária a compreensão da metodologia utilizada nos locais de estágio, a percepção dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação prestados, a sua integração nos cuidados gerais à pessoa, a articulação com a família e com a comunidade, no geral, a dinâmica funcional de cada local de estágio.

Neste sentido, a forma como a integração na equipa e cuidados é realizada e reflectida assume uma importância vital na capacidade para dar continuidade ao plano de estágio desenvolvido e, conseqüentemente, conseguir desenvolver as competências de EEER na forma nele delineadas.

Anteriormente ao período de estágio foram realizadas visitas aos locais de estágio tendo sido desenvolvidos guiões de entrevista ao enfermeiro orientador e ao enfermeiro chefe, complementados com guiões de observação (Apêndice 2). No decorrer da visita foram realizadas as entrevistas, num contexto semi formal, aplicando os guiões desenvolvidos. Começou, nessa altura, a identificação das estruturas físicas, dos recursos materiais e pessoais de cada campo de estágio, contribuindo para a identificação da dinâmica do serviço nas suas múltiplas vertentes (estrutural, funcional e organizacional), permitindo compreender a estrutura organizacional, estruturando o estágio e facilitando a sua inserção no contexto de trabalho. Esta estratégia representou o início estruturado na resposta ao objectivo, tendo sido complementada e concluída no decurso do período de estágio, através do diálogo com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e restantes enfermeiros da equipa sobre diversos pontos identificados e observados no decorrer do mesmo.

As equipas desta unidade possuem quase constantemente alunos e estagiários, em diferentes níveis de desenvolvimento profissional, sendo que estão por um lado preparados e com espírito de abertura, permitindo e facilitando o desenvolvimento de competências, por outro estão em constante contacto com novas situações e experiências, enriquecendo o local de estágio. A minha integração foi realizada de forma gradual e progressivamente, sem intercorrências. A equipa apoiou a minha integração, sendo que senti sempre a minha prestação de cuidados EER integrados

no plano global da instituição e da equipa e não como uma intervenção identificada tipicamente com o preconceito de estagiário, desarticulada do contexto global.

Para conseguir integrar efectivamente a equipa de saúde e a prestação de cuidados senti a necessidade, pelo contexto de prática de prestação de cuidados diferente da minha prática diária, de efectuar um aprofundamento da pesquisa bibliográfica e documental já efectuada, aprofundando conhecimentos sobre as patologias, défices de autocuidado identificados e os cuidados de ER necessários.

Parte fundamental do apoio bibliográfico prendeu-se com o recurso à leitura e análise da produção documental do serviço e da instituição (manuais, normas, protocolos, folhetos informativos e outros documentos) como alicerce de uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em reabilitação realmente integrados no contexto global.

A escolha do campo de estágio define e limita, em parte, o decorrer do próprio estágio, uma vez que possibilita, na sua estrutura organizacional, uma resposta institucional muito própria aos objectivos definidos. No sentido de compreender a implicação nos cuidados de ER prestados é efectuada uma descrição sucinta da instituição, da sua organização e dinâmica.

A unidade de saúde, especializada em reabilitação, engloba várias unidades/departamentos, com diversas finalidades no âmbito do plano de reabilitação global da pessoa. Os departamentos correspondem a: Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Fisioterapia, Psicologia, Assistência Social e Fisiatria, Unidade de AVD não esquecendo os serviços de Enfermaria. A visão específica de cada uma destas valências, e seus respectivos profissionais, está reflectida no plano global de reabilitação do utente, definido em reunião de objectivos.

O estágio, como já abordado, foi realizado na Unidade de AVD e numa das unidades de Internamento de Adultos.

Na Unidade de AVD é realizada a avaliação, planeamento e treino da pessoa com limitação ou incapacidade, bem como o estudo de produtos de apoio que contribuam para uma independência futura.

A unidade dispõe de duas camas articuladas, instalações sanitárias “tipo”, inúmero material de apoio (para higiene, vestuário e eliminação) três cadeiras e um sofá. Este material físico é um modelo de representação de mobiliário e instalações

sanitárias reais, potenciando o ensino e treino efectivo na realização das AVD pela pessoa.

Esta unidade tem uma equipa constituída por uma enfermeira coordenadora, que assume a função de chefia do serviço, responsável pela gestão de material, de recursos humanos e de cuidados de ER, oito EEER e um Assistente operacional, funcionando das 9 às 18 horas.

Articulando com os demais departamentos, em reunião de objectivos e em diálogo com a pessoa, de acordo com a avaliação, é estabelecido um horário de compromisso, com sessões que duram aproximadamente 30 minutos.

Cada EEER tem uma ligação e conhecimento mais profundo da equipa e dinâmica de um determinado serviço de enfermagem, existindo uma distribuição tácita na atribuição da pessoa ao cuidado de cada um dos EEER. Não obstante, a equipa é permeável aos cuidados colectivos, permitindo uma interligação entre os vários EEER na prestação de cuidados de ER à pessoa.

A unidade de internamento de Adulto¹⁰, campo de estágio, é responsável pela prestação de cuidados de ER à pessoa em regime de internamento, sendo que a unidade de reabilitação presta também serviços à pessoa em regime de ambulatório. É na unidade de internamento que a pessoa encontra o seu “porto seguro”, local onde são realizados os seus cuidados de higiene e vestuário, alimentação e eliminação.

¹⁰ A equipa deste serviço é multidisciplinar sendo constituída por EEER, Enfermeiros Generalistas, Assistentes Operacionais, Administrativos e Fisiatras.

Como serviço de internamento, presta cuidados 24 horas por dia, todos os dias da semana, divididos em 3 turnos: Manhã (entre as 8 e a 16 horas), Tarde (entre as 15:30 e as 23:30) e Noite (entre as 23:00 e as 8 horas). No turno da manhã prestam cuidados 6 Enfermeiros generalistas, estando presente a Enfermeira Chefe e, excepcionalmente, um EEER no apoio à prestação de cuidados e coordenação do serviço. No turno da tarde, turno privilegiado para a intervenção do EEER, prestam cuidados 3 EEER, exceptuando as quartas-feiras em que são 4 EEER, sendo que o elemento extra é responsável por sessões de reabilitação funcional respiratória, no sentido de minimizar o risco de complicações respiratórias na pessoa internada. No turno da noite presta serviço um enfermeiro Generalista, sendo que existe um EEER a prestar apoio a toda a instituição, estando de chamada no telemóvel de serviço.

Esta distribuição prende-se com a dinâmica da própria instituição sendo que no período da manhã a pessoa internada cumpre um horário interdisciplinar de reabilitação, frequentando os diversos departamentos estabelecidos em reunião de objectivos. Por este motivo o número de EEER no serviço é reduzido neste turno.

O método de trabalho é por Enfermeiro Responsável, sendo que este é o enfermeiro de referência da pessoa, no decorrer do internamento, desde a admissão até ao momento de alta.

Apresenta uma capacidade de 32 camas, distribuídas por 1 quarto de duas camas e 5 enfermarias com seis camas cada. Apresenta, ainda, inúmeras salas de apoio, quer administrativo, quer para prestação de cuidados, entre elas: refeitório, instalações sanitárias adaptadas, sala de tratamento e sala de terapêutica, sala de trabalho e gabinete da enfermeira chefe. Dispõe, ainda, de inúmero material de apoio na realização das AVD para um trabalho contínuo de aquisição de competências e capacidades.

Os utentes desta unidade de reabilitação variam na idade, sexo, contexto, doença, incapacidade e limitações.

As situações prevalentes são as decorrentes de lesão neurológica cerebral, como o seja o acidente vascular cerebral (AVC) e a lesão medular, com etiologia predominantemente traumática, cirúrgica, embólica e tumoral, em adultos de idades variadas, de ambos os sexos, manifestando-se por paraplegia/paraparésia e tetraplegia/tetraparesia.

Estas situações identificam quadros diferentes de incapacidades funcionais, que ajudam a delinear os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos, adaptados não apenas à incapacidade mas, também e principalmente, à pessoa que vivencia essa mesma incapacidade.

Na compreensão da dinâmica foi sempre meu objectivo ter como foco a pessoa e a família pois a autopercepção do seu papel no funcionamento e dinâmica da pessoa bem como a sua relação com o funcionamento das instituições é tão ou mais importante quanto o papel para elas definidos pelos diferentes profissionais, podendo ou não ser coincidente (Elsen, Marcon, & Santos, 2004). Estas duas situações, qual engrenagem, necessita congruência dos seus dentes, isto é, concordância e compreensão mútua das suas funções, atribuições e competências. É de extrema importância o reconhecimento e aplicação desta noção, ponto fulcral na satisfação e qualidade dos serviços e respectivos cuidados prestados.

A inserção do serviço no seu contexto comunitário, bem como o enquadramento no sistema nacional de saúde permitiu o reconhecimento da unidade de reabilitação como um ponto definido no tempo cronológico da evolução da pessoa com a limitação e incapacidade. Existe complementaridade entre os cuidados de ER na unidade de reabilitação, os cuidados do EEER no apoio crítico e internamento hospitalar, no pré-internamento na unidade de reabilitação e,

preponderadamente, no pós-internamento, nos cuidados inseridos na comunidade. Este é o ponto privilegiado onde o EEER poderá e tem definitivamente o seu grande papel no desenvolvimento da independência da pessoa na realização do seu autocuidado, bem como na manutenção dessa mesma independência, adaptando-se às alterações ambientais, comunitárias, familiares e pessoais que cada um dos indivíduos atravessa no seu ciclo vital.

O facto de existirem inúmeras pessoas internadas com situação de paraplegia de origem traumática em fase de sequelas facilitou o desenvolvimento de competências de ER junto delas, não obstante tive oportunidade de aplicar e prestar cuidados de ER a pessoas com diversas patologias e diversas situações de vida o que enriqueceu o meu desenvolvimento e a minha prática do cuidar como futuro EEER.

Independentemente da situação a unidade recebe pessoas numa fase de sequelas. Nesta fase a pessoa lida com uma incapacidade que será permanente, sem ainda ter adquirido ferramentas que lhe permitam a independência no seu autocuidado. O tipo e o nível de independência que irá adquirir será o seu grande horizonte.

O internamento tipo nesta unidade tem uma duração estabelecida (e máxima devidos a múltiplos factores não meramente clínicos mas também de gestão) de 3 meses.

Na admissão, realizada na enfermaria, é dado início a um processo de avaliação da pessoa, da família e de toda a sua envolvente social, comunitária, económica e física. A comumente conhecida como avaliação inicial, que se materializa num documento com o resumo da informação colhida num momento restrito de contacto é, necessariamente, um documento em mutação permanente. A avaliação é e deve ser contínua, no aprofundamento do conhecimento da pessoa, no reconhecer de pormenores que inicialmente poderão ter sido inadvertidamente negligenciados mas que poderão contribuir para a evolução e independência da pessoa, no trabalho a desenvolver com vista à alta e à futura vivência no exterior da instituição. Neste sentido desenvolvi a minha prática, considerando a avaliação à pessoa aberta e em mutação. Não existiam factos adquiridos, existiam sim, factos identificados num determinado momento e contexto, factos que estão, invariavelmente, incompletos pois inserem-se num contexto complexo que deve ser aprofundado e reavaliado (Fernandes, Barros, Michel, Nóbrega, & Ganzarolli, 2010).

A paraplegia reveste-se, na pessoa, de múltiplas *nuances*. Embora possua factores que a diferencia de outras condições, a sua especificidade faz com que cada pessoa manifeste e desenvolva comportamentos e características muito pessoais, dentro das manifestações e complicações amplamente descritas na bibliografia¹¹. É no reconhecimento destas características pessoais que o EEER potencia a capacidade da pessoa na independência do seu autocuidado (Vall, Lemos, & Janebro, 2005) .

A unidade de reabilitação recebe pessoas de todo o país, com preponderância para zona Centro, de todas as idades, nível de formação escolar e estrato socioeconómico. Tal facto exigiu que eu desenvolvesse a linguagem utilizada, tornando-a clara e perceptível pela pessoa e família e principalmente que fizesse sentido. A adaptação da linguagem utilizada não era um factor novo na minha prestação de cuidados de enfermagem no meu exercício profissional, mas a nova área de actuação e competências exigiram uma reformulação daqueles que eram os meus pressupostos e técnicas de comunicação utilizadas. O ponto fulcro utilizado foi a identificação do interesse comum, o desenvolvimento da independência no autocuidado, identificando o que isso significava para cada pessoa. A partir daí foi construída uma relação terapêutica baseada na confiança mútua, culminando no desenho de um plano de reabilitação em conjunto com a pessoa e o percorrer desse mesmo plano. Esta comunicação e relação foi estabelecida com a pessoa e com a família, sendo por vezes a família a porta de entrada para o mundo dos conceitos e preconceitos da própria pessoa.

Através da minha prestação, tal como descrita, a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista foi sendo concretizada, através de uma prática ética com respeito pelos direitos humanos, autonomia e princípios deontológicos da enfermagem, estabelecimento de ambiente seguro, na defesa de um cuidado de qualidade. Ao mesmo tempo o campo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em ER foi sendo construído.

¹¹ Vall (2008) sintetiza as principais complicações decorrentes da paraplegia nos seguintes pontos (nível biológico): bexiga e intestino neurogénico, espasticidade, osteoporose, trombose venosa profunda, disreflexia autonómica e úlcera de pressão. Para além destes pontos, Vall (2008) valoriza ainda a avaliação funcional e identificação das limitações e incapacidades individuais da pessoa.

1.2.1. Identificar os Défices de Autocuidado na Pessoa com Paraplegia

A identificação de défices de autocuidado é uma competência e atribuição do EEER mas não é um processo unilateral do EEER. Pela sua especificidade ela envolve um conhecimento da pessoa e do seu contexto. A pessoa e a família são fundamentais na identificação destes défices. O EEER é então responsável pelo diagnóstico de enfermagem de reabilitação, delineando e definindo os défices de autocuidado avaliando a alteração na funcionalidade da pessoa e/ou o risco de alteração da funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Compreende-se então a necessidade de avaliação da percepção da pessoa e família sobre o défice de autocuidado.

Uma ajuda preciosa na comunicação entre profissionais, inclusive de diversas disciplinas, dos défices identificados é o recurso a escalas. Embora existam as mais diversas¹², a utilizada no local de estágio era a Medida de Independência Funcional (MIF) (Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho, & Silva, 2012). Esta avalia na pessoa determinados parâmetros, divididos em dois grandes grupos: motor e cognitivo. Possui algumas limitações mas é essencialmente rápida de aplicar, ler e interpretar, sendo de fácil comunicação com o outro profissional, permitindo uma avaliação da evolução da pessoa no decorrer do seu processo de reabilitação.

No sentido de padronizar as avaliações e promover a vigilância da pessoa internada foram ainda utilizadas escalas, em uso no serviço, para avaliação de risco de úlcera de pressão (escala de Morse¹³) e risco de queda (escala de Braden¹⁴).

¹²Existem várias escalas que permitem a avaliação do nível de dependência da pessoa com lesão medular, destacando-se a Medida de Independência do Lesionado Medular (*Spinal Cord Independence Measure – SCIM*), Índice de Barthel Modificado e a Medida de Independência Funcional (MIF). Destas apenas a SCIM foi desenvolvida especificamente para a avaliação do lesionado medular (Dantas, Amaro, Silva, & Margalho, 2012).

¹³ A escala de Morse avalia 6 factores de risco de queda: histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental, sendo que um valor acima ou igual a 51 representa um alto risco de queda (Costa-Dias & Ferreira, 2014)

¹⁴ A escala de Braden avalia 6 factores de risco no desenvolvimento de uma úlcera de pressão: a percepção sensorial, a humidade, a actividade, a mobilidade, a nutrição e a fricção ou cisalhamento, variando o valor total entre 6 (risco máximo) e 20 (risco mínimo), sendo que um valor abaixo de 12 é considerado como a existência de um alto risco (Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007).

Não sendo escalas específicas na avaliação da pessoa com paraplegia, elas são complementares na avaliação cuidada da mesma.

No que concerne a avaliação diversa da pessoa, nomeadamente à avaliação de força, amplitude articular e tónus muscular, no processo em uso na unidade de reabilitação existia alguma informação dispersa e uma compilação de resumo para a reunião mensal de objectivos.

Perante este facto identifiquei uma necessidade pessoal de reunir a minha avaliação num único local, não me dispersando do que era a avaliação em uso na instituição, de modo a permitir uma comunicação eficaz com a restante equipa. Para tal elaborei uma folha de avaliação, que permitisse uma avaliação evolutiva ao longo do tempo (Apêndice 5). Esta avaliação foi utilizada no desenho plano de cuidados de ER que realizei e implementei para cada uma das pessoas às quais prestei cuidados especializados de enfermagem de reabilitação no decorrer do estágio. Possibilitou-me, ainda, uma visão global e abrangente de algumas das características das pessoas com quem trabalhei. Esta folha, não sendo demasiado extensa possibilitou a identificação da individualidade, quer da capacidade/incapacidade física, quer pessoal, familiar, económica e em alguma medida comunitária, da pessoa.

O planeamento foi estruturado em folha de desenvolvimento próprio (Apêndice 5) de modo a complementar o meu planeamento em local de estágio em registo de uso comum, no sentido em que a folha de planeamento existente planeia apenas a intervenção de enfermagem, com vista a um resultado de enfermagem, nomeadamente a de ER movendo o foco da pessoa para o enfermeiro de reabilitação.

Transpondo a minha prática diária e os objectivos reais que se reflectem em objectivos para a pessoa, através de cuidados de ER e não em objectivos de ER senti a necessidade de, concomitantemente com o uso e implementação dos registos do local de estágio, estruturar e representar por escrito e de forma pessoal o meu planeamento de modo a permitir um estudo posterior mais profundo de cada situação e intervenção a ela associada. Tal facilitou o uso do instrumento do local de estágio de forma integrada com o trabalho de equipa. Transpondo esta perspectiva para a discussão de equipa, estabeleceu-se um planeamento mais eficaz,

consistente com o trabalho de toda a equipa de ER e multidisciplinar em benefício de todos.

Aliás, este foi um dos pontos alvo de uma discussão positiva e produtiva dentro da equipa de enfermagem. O plano deve, fundamentalmente, ser focado na pessoa, avaliando a limitação no autocuidado que possui (identificando o motivo) e traçando objectivos de ganhos funcionais para a pessoa, objectivos estes, realistas e mensuráveis, com enquadramento temporal. Existindo esta noção, e não querendo perturbar o fluxo de informação instituído na equipa, realizei o meu planeamento independentemente, reconvertendo-o aquando da sua inscrição no processo real da pessoa, não me desligando da prática de registos existente no local de estágio, apenas complementando-a com registos próprios, para uso e desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta discussão não é assunto recente nem particular e há muito que se assiste à descontextualização do planeamento virando-o apenas para aquilo que o EEER tem para fazer esquecendo a razão no cerne de tal acção. Esta discussão revelou-se extremamente positiva e produtiva, tanto no desenvolvimento das minhas competências, como no desenvolvimento e abertura de novas linhas de pensamento dentro da equipa de EEER.

Este registo múltiplo permitiu o desenvolvimento de competências na área da gestão dos cuidados, incentivando a interacção e comunicação na equipa, da qual resultou uma consciencialização para a necessidade um planeamento eficaz e desburocratizado.

As actividades por mim realizadas, recorrendo à comunicação com a pessoa e família, utilizando ferramentas técnicas na avaliação física da pessoa e descortinando as dificuldades sentidas no domicílio, quer reais e presentes, quer potenciais, permitiram uma correcta avaliação e identificação dos défices de autocuidado da pessoa e família, permitindo um planeamento eficaz, com objectivos tangíveis, objecto de satisfação por parte da pessoa envolvida em todo o processo. No processo de planeamento desenvolvi competências no domínio da gestão dos cuidados, assumindo a função de gestor de caso, coordenando a equipa, os recursos, planeando em função deles, orientando o cuidado para a pessoa, garantindo a qualidade e a segurança do mesmo.

Os défices identificados na literatura associados ao diagnóstico médico de paraplegia prendem-se com défices de autocuidado nas actividades de vida (Pascual, Calvo, León, Valero, & Vila, 2001), nomeadamente nas ABVD (Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011) higiene pessoal, controlo da eliminação intestinal e vesical e uso dos sanitários, vestuário (nomeadamente metade inferior do corpo), locomoção e transferência, sendo que os défices associados às AIVD são apenas sugeridos na sequência das limitações já identificadas (Stiens, Kirshblum, Groah, McKinley, & Gittler, 2002).

As intervenções do EEER perante os défices de autocuidado, de acordo com a literatura assumem-se em sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

A literatura, no que concerne à pessoa com paraplegia, traça uma evolução previsível em cada ABVD, evoluindo pelos sistemas assistenciais, no sentido de evolução na independência da pessoa (Vall et al., 2005).

Assim, a pessoa que não se consegue deslocar e transferir numa fase inicial de adaptação à sua incapacidade e necessita de um sistema totalmente compensatório, em que o EEER executa a sua transferência a uma cadeira de rodas, por exemplo, a ajuda a deslocar-se no espaço físico deverá evoluir no sentido da sua independência passando, ou não pelos sistemas em que o nível de dependência vai progressivamente diminuindo.

Na identificação dos défices de autocuidado, em contexto de estágio, verifiquei que os défices, embora possam ser classificados dentro dos que são identificados na literatura, são, ao mesmo tempo, muito próprios de cada pessoa, quer pela sua individualidade física, quer pelas diferenças clínicas entre diferentes manifestações de paraplegia, quer pelas suas diferenças pessoais, na forma como encaram e integram as suas limitações, quer pelas suas potencialidades e expectativas. Neste sentido a identificação do défice de autocuidado revestiu-se de uma especial complexidade, permitindo individualizar cada um dos diagnósticos de ER.

As actividades descritas possibilitaram a aquisição de competências específicas do EEER na área da avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações na actividade e incapacidade, através da recolha de

informação cuidada e informada, a avaliação da pessoa, família e comunidade, a identificação de limitações e dificuldades, o diagnóstico de ER e a identificação da necessidade de cuidados de ER.

1.2.2. Planear Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação que Promovam o Autocuidado da Pessoa com Paraplegia

Ao reconhecer as diferenças individuais, a etapa de planeamento foi facilitada e ao mesmo tempo estruturada. No estabelecimento da relação terapêutica foram fornecidas ferramentas à pessoa e família que permitissem a participação activa na designação de objectivos viáveis, através de intervenções exequíveis, para as quais a pessoa estivesse inteiramente motivada, respeitando a sua autonomia.

No planeamento efectuado houve um especial cuidado na integração num plano mais alargado de reabilitação da pessoa. Ao estar inserido numa instituição vocacionada para a reabilitação global, existem inúmeros profissionais, com áreas de actuação distintas, que possuem simultaneamente áreas actuação que se entrecruzam e sobrepõem a áreas de intervenção do EEER. Conteí sempre com a ajuda inestimável do enfermeiro orientador, que me ajudou a navegar através destas áreas de cruzamento, de modo a evitar o conflito ou a contradição entre profissionais. A chave para gerir estas situações é a comunicação interprofissional, o respeito e o conhecimento das competências profissionais próprias. O conhecimento técnico assume aqui um papel relevante na monitorização das intervenções efectuadas, permitindo a sua justificação e validação perante o conhecimento actual (Craig & Smyth, 2004).

O planeamento foi enquadrado nos sistemas de enfermagem, tal como definidos por Orem (Orem, 2001), de acordo com as áreas de défice de autocuidado identificadas.

A integração da pessoa e da família no planeamento e no cuidar, permitiu, simultaneamente, a sua capacitação para o autocuidado, e conseqüente independência no mesmo.

Em conjunto com o enfermeiro orientador e restante equipa de EEER foi possível um estudo e aprofundamento de várias técnicas necessárias aos cuidados e ao desenvolvimento da independência no autocuidado de cada pessoa à qual eu prestei cuidados.

O plano traçado não foi, necessariamente, igual ou semelhante aos realizados na unidade. Tal facto permitiu a comparação, por minha parte e parte da restante equipa de EEER dos objectivos traçados e das actividades definidas para os alcançar.

Esta forma diferente de olhar os cuidados/planeamento, devidamente orientada com o apoio experiente do EEER orientador, revelou-se uma mais-valia na evolução constante do cuidado de ER na unidade de reabilitação.

De facto, o desenvolvimento profissional foi bilateral em aspectos diversos.

As actividades realizadas permitiram a aquisição de competências na área do planeamento do cuidado especializado de ER. Estas competências foram complementadas com o trabalho desenvolvido ao longo de todo o período de estágio, revestindo-se de roupagem diversa consoante o local de estágio e complementando-se. De facto, o desenvolvimento destas competências é transversal a todo o relatório, estando patente em vários pontos.

1.2.3. Prestar Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação que Promovam o Autocuidado da Pessoa com Paraplegia

Os cuidados de ER prestados no período de estágio não existem isoladamente. Eles decorrem de um processo complexo e contínuo de enquadramento num local e equipa de prestação de cuidados, nomeadamente de ER, da aplicação e estabelecimento de comunicação e ambiente terapêutico, da identificação de défices que origina e de onde deriva a necessidade dos cuidados de ER estruturados no planeamento efectuado. No decorrer deste processo o EEER executa a prescrição do cuidado de ER. Esta é a prescrição independente de ER, integrada em planeamento e que baliza a intervenção do ER e respectiva equipa. Ela permite serem conhecidos os resultados sensíveis ao próprio cuidado de enfermagem (Doran, 2003).

O cuidado de ER em si carece de uma adaptação constante à individualidade da pessoa *per si* e de todo o contexto em que se envolve, estando este em constante mudança (Hoeman, 2000). Assim, o EEER desenvolve o seu cuidado com especial plasticidade, atento às mudanças que ocorrem na própria pessoa, algumas delas causadas pelo próprio cuidado de ER.

A unidade funcional pessoa-família em conjunto com o EEER representam o grupo funcional do cuidado, o local humano onde ele ocorre, é executado e recebido (Mancussi, 1998).

A pessoa com paraplegia apresenta défices na realização do seu autocuidado (Padula & Souza, 2008). Estes, de acordo com Meneguessi et al. (2012), apresentam-se na forma de três grandes grupos de requisitos de autocuidado: universais, respeitando a processos de vida, desenvolvimento, associados a modificações que especializam os requisitos universais e desvio de saúde, que ocorre na situação de lesão ou doença.

Estes défices na realização do autocuidado manifestavam-se, na vivência da pessoa, como incapacidade da satisfação das suas AVD.

Utilizando o quadro teórico de Orem foi possível identificar os diferentes défices e planear a intervenção de ER, resultando numa evolução positivamente apercebida

pela pessoa e família, representada pelo desenvolvimento da independência da pessoa e família na realização das suas AVD. O desenvolvimento da independência assentou na promoção da autonomia da pessoa¹⁵ e orientação do autocuidado da pessoa com apoio ou não de cuidador/família na satisfação das AVD.

O quadro de referência à assistência de enfermagem, ou sistemas de enfermagem definidos por Orem (Meneguessi et al., 2012) permitiram tomar decisões sobre as intervenções apoiadas na avaliação feita ao nível de dependência da pessoa na execução do seu autocuidado. Assim, a pessoa incapaz de se envolver no seu autocuidado necessitava de recurso a um sistema totalmente compensatório, em que o EEER executa o cuidado. Quando a pessoa era capaz de executar parcialmente o autocuidado era utilizado um sistema parcialmente compensatório, em que o EEER e a pessoa ambos participam na realização do autocuidado. O último sistema definido por Orem, o sistema de apoio e educação, assenta no ensino e orientação do autocuidado por parte do EEER, à pessoa que o executa, assistindo na forma como ultrapassa barreiras e dificuldades sentidas, incrementando a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento.

A evolução da pessoa através dos cuidados efectuados foi monitorizada e avaliada, sendo os resultados registados em processo da pessoa recorrendo a descrição narrativa e avaliação através da MIF. Foi, ainda, utilizada por mim uma avaliação mais profunda a nível da monitorização dos progressos físicos da pessoa através do Instrumento de Avaliação da Pessoa com Paraplegia (Apêndice 5). Este compreende a avaliação da força, mobilidade e amplitude articular, tónus muscular, equilíbrio dinâmico e estático, sensibilidade superficial e profunda, escala MIF e avaliação sucinta descritiva de factores que, pela limitação da escala, possam não estar englobados.

A pessoa com paraplegia possui inúmeras limitações, de acordo com o tipo e nível de lesão que possui. Estas prendem-se com alterações na mobilidade e

¹⁵ De acordo com a inter-relação apontada por Soares e Camargo (2007) “...redes de autonomia/dependência...fundamentais para o cuidado...”. Estas redes representam a ligação intrínseca entre a capacidade para a autonomia e dependência, na forma como ambas se afectam mutuamente e onde o cuidado de ER interfere. O conceito de autonomia entende-se como a capacidade da pessoa decidir sobre o seu tratamento (Naik, Dyer, Kunik, & Mccullough, 2010).

consequente défices de autocuidado a nível do posicionamento, movimentação e higiene. Verifica-se a incapacidade para o controle das funções de eliminação intestinal e vesical bem como alterações a nível da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Cafer et al. (2005) identifica os diagnósticos de enfermagem em pessoas portadoras de lesão medular como: mobilidade física prejudicada, défice no autocuidado banho e higiene, défice no autocuidado vestir-se e arranjar-se, disfunção sexual, risco para a infecção, risco para perda integridade cutânea, perda de integridade cutânea, incontinência urinária, retenção urinária, obstipação, ansiedade, risco de disreflexia autonómica, défice no autocuidado alimentar-se, défice de conhecimento e dor.

Os posicionamentos da pessoa com paraplegia, quer na cama, quer na cadeira, foram alvo dos meus cuidados em estágio. Estes passaram por garantir um posicionamento correcto da pessoa, incentivando-a na colaboração do mesmo e capacitando-a, através do treino e ensino para o mesmo. Este treino e ensino consistiu no reforço muscular do tronco e membros superiores para treino de técnica de rotação no leito, para alternância de decúbito, posicionamento dos membros inferiores e o assumir a posição sentado no leito. Na sequência deste treino foi efectuado o treino de transferência para cadeira de rodas, directa ou utilizando produtos de apoio, nomeadamente a tábua de transferência. A execução correcta da técnica e os apontamentos no que concerne a preocupações de segurança foram uma presença constante. Os pormenores de colocação das mãos, alinhamento e preocupação com o centro de massa, bem como o apoio dos membros inferiores foram sendo frisados para que a pessoa e família os interiorizassem e se tornassem parte integrante da técnica e não apenas apontamentos da mesma.

Foi executada também a transferência entre a cadeira de rodas e a sanita, cadeira sanitária, cadeirão, sofá e o próprio veículo da pessoa/família. Neste último ponto, em colaboração com o departamento de AVD, foi notável o empenho e motivação da família e pessoa na execução e aprendizagem da técnica, pois será fundamental para permitir a mobilidade e participação comunitária da pessoa no futuro, permitindo a sua deslocação por longas distâncias.

Uma vez na cadeira de rodas foram executados e prestados ensinamentos, desenvolvendo a capacidade para alternar a posição e aliviar a pressão que derivam

da posição sentado, realizando o ensino das complicações que uma posição destas em período prolongado pode ter no organismo da pessoa com paraplegia, nomeadamente no desenvolvimento de úlceras de pressão (Sumiya, Kawamura, Tokuhira, Takechi, & Ogata, 1997).

De salientar que a escolha da cadeira de rodas e material acessório (tábua de transferência e almofada anti escaras) foi realizada em grupo de trabalho com a equipa multidisciplinar, com a pessoa e sua família. Tal permitiu a adaptação da cadeira às condições reais da pessoa no exterior, bem como adaptação à situação financeira da pessoa e família, recorrendo também ao estudo dos apoios comunitários possíveis na aquisição, manutenção e circulação deste tipo de equipamento.

Foi possível, ainda, executar o treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado, contribuindo para o desenvolvimento da musculatura abdominal, da capacidade proprioceptiva e interiorização através de reaprendizagem cognitiva, da deslocação do centro de massa devido a inactividade dos membros inferiores.

Na área da movimentação foi dado especial importância à prevenção de complicações e esta preocupação foi transmitida à pessoa e família, capacitando-a para a mesma. É indispensável a correcta distribuição do peso nas áreas sem sensibilidade de modo a evitar a sobrecarga nas proeminências ósseas e diminuindo o risco de úlceras de pressão, sendo que esta é uma das complicações mais comuns na pessoa com paraplegia (Vidal & Sarrias, 1991). Para além disto, o correcto posicionamento e mobilização permitem manter a amplitude articular, evitando limitações articulares e contractura musculares, prevenindo a osteoporose e melhorando a função cardiovascular e respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Decorrente da limitação da mobilidade foi identificado défice do autocuidado higiene. Tão importante quanto a capacitação para a higiene foi a compreensão das condições para a mesma no domicílio. Tal envolveu identificar as estruturas sanitárias do domicílio e a avaliação das suas potencialidades. Esta avaliação pretendeu dar resposta a alguns pontos fundamentais: perceber a potencialidade da pessoa se deslocar à casa de banho, nomeadamente de cadeira de rodas, identificar o tipo de estrutura de banho, avaliar a necessidade de ajudas técnicas ou produtos de apoio bem como a sua especificidade e a técnica de higiene a executar,

ponderando estas especificidades. Por exemplo, a pessoa com uma banheira poderá utilizar uma tábua de transferência para banho, sendo necessário o ensino e treino de transferência da cadeira para a tábua e vice-versa. Para além da tábua torna-se necessário a existência de produtos de apoio para segurança e auxílio na movimentação como o sejam as barras de apoio de fixação na parede. Por outro lado uma pessoa que possui poliban poderá utilizar uma cadeira sanitária, mais uma vez com as barras de apoio de fixação na parede. Estas técnicas foram exploradas, ensinadas e aperfeiçoadas recorrendo aos equipamentos disponíveis no serviço, em situação real de higiene corporal e em situação simulada no Departamento de AVD.

O momento de higiene revela-se um momento íntimo de exploração do corpo e estimulação sensorial por parte da pessoa. É um momento privilegiado para avaliação da integridade cutânea através da visualização directa e tacto das áreas desprovidas de sensibilidade devido à paraplegia instalada. Este pressuposto foi reafirmado e reforçado para que a própria pessoa assumisse a responsabilidade para prevenir alterações da sua integridade cutânea.

O controlo da eliminação assume uma importância vital no regresso à vida activa e participativa, quer na comunidade quer no seio da própria família. A capacidade para controlar a sua eliminação traduz-se na capacidade de controlar situações incómodas e constrangedoras de relação, controlando odores indesejados e roupas molhadas e sujas.

Neste sentido a pessoa é abordada avaliando e controlando vários aspectos relacionados com os processos de eliminação, nomeadamente a ingestão hídrica e alimentar.

No sentido de controlo da eliminação urinária existem duas situações distintas consoante o nível de lesão.

Uma corresponde à disfunção vesico-esfincteriana neurogénica reflexa. Neste caso específico de lesão medular acima do centro sagrado o arco reflexo da micção mantém-se intacto no entanto a micção é involuntária. Para além de involuntária, por dissinergia detrusor-esfincteriana pode ocorrer um aumento da pressão intravesical provocando refluxo vesico ureteral, com risco de hidronefrose e lesão renal (Ruz & Benito, 2002). Não existindo a sensação de plenitude vesical a pessoa deve ser capaz de identificar a altura de micção recorrendo a um registo hídrico controlado,

vigilância da presença de globo vesical e programando a micção que pode ser iniciada utilizando manobras acessórias para aumento de pressão abdominal. Estas foram treinadas, recorrendo ao apoio para programação da actividade diária recorrendo a diário de eliminação vesical. O volume de urina eliminado foi também controlado. Em situações de micção incompleta verificou-se a necessidade de recorrer a esvaziamento vesical. Este é uma técnica que foi ensinada para que a pessoa fosse capaz de a executar independentemente, correctamente e com segurança.

Na situação específica de disfunção vesico-esfincteriana neurogénica autónoma em que o arco-reflexo de micção está comprometido ou ausente a bexiga excede o seu volume funcional e a micção dá-se, na presença deste volume extenso, por refluxo. Mais uma vez as diferentes técnicas, incluindo o auto esvaziamento vesical bem como a utilização de um diário de eliminação vesical revelaram-se fundamentais no controle específico da situação.

No controle da eliminação intestinal, mais uma vez perante dois tipos diferentes: intestino neurogénico reflexo e intestino neurogénico autónomo a utilização de um diário para que a própria pessoa controle as suas eliminações revelou-se fundamental (Padula & Souza, 2007). No primeiro caso o arco reflexo está presente não existindo perdas fecais significantes. No entanto, verifica-se a necessidade de utilizar manobras acessórias, nomeadamente a manobra de valsava, para induzir o aumento da pressão abdominal, induzindo conseqüentemente o reflexo de dejectão. No segundo caso o reflexo é inexistente e a tonicidade dos esfíncteres está diminuída, o que se traduz em perdas fecais frequentes. Em ambos os casos torna-se necessário um cuidado especial com a alimentação para evitar obstipação, por vezes pobres em fibras e fraca ingestão hídrica ou episódios de fezes diarreicas. Existe a necessidade de encontrar o equilíbrio, próprio de cada pessoa para controlar o tipo de fezes de modo a permitir um controlo na eliminação intestinal. Para além destes aspectos aplicáveis em situações “ideais” surgiu a necessidade de preparar a pessoa para situações diferentes do seu contexto habitual como viagens e passeios, refeições em lugares públicos e alterações dos hábitos e rotinas. Nestas situações e intervenção do ER como explorador de hipóteses torna-se presente. Mais uma vez a experiência revela-se fundamental e a ajuda inestimável dos

orientadores revelou-se fundamental. Nestas situações atípicas houve que tentar antever as situações, os horários, os produtos de apoio (fralda e algália) ponderando os prós e contras das suas utilizações, contrapondo com a importância dessa situação para a vida da própria pessoa.

A capacidade para assumir o controlo da sua eliminação verificou-se fundamental na motivação da pessoa com paraplegia, devolveu-lhe independência e auto estima, bem como uma renovada perspectiva de vida futura com o seu novo eu.

Um outro aspecto trabalhado em estágio foi o que concerne à sexualidade. Sendo um assunto complexo, abrangente em múltiplas especialidades, é também um aspecto importante na vida da pessoa, sendo manifestação de afecto e carinho, ligação ao outro e simultaneamente um imperativo biológico, fonte de prazer. As limitações neste campo iniciam-se com a perda de sensibilidade e potencial perda de erecção (no caso concreto do homem) mas reflectem-se nas barreiras mentais e psicológicas à sexualidade, impostas pela própria pessoa e sociedade em que se insere (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009). Houve que acompanhar a pessoa num percurso de redescoberta do corpo, da sensualidade e da sexualidade. No que concerne aos cuidados de ER houve um abrir de portas e exploração de caminhos a percorrer. Este processo iniciado na unidade de reabilitação deve ser continuado através de acompanhamento especializado na sexualidade, principalmente na área das lesões medulares e paraplegia. Não sendo uma área em que seja fácil localizar especialistas eles existem e parte dos cuidados prestados prenderam-se com a localização dos mesmos e encaminhamento da pessoa.

Atendendo à diversidade de pessoas e famílias com quem trabalhei em estágio verifiquei continuamente a necessidade de aperfeiçoamento e aprofundamento de conhecimentos recorrendo ao apoio inestimável do orientador de estágio e à pesquisa bibliográfica. A mobilização de todo o conhecimento teórico e prático foi um desafio constante e ao mesmo tempo uma fonte de satisfação por verificar, através de auto avaliação e autocrítica, o meu crescimento pessoal e profissional no exercício do cuidar em ER.

É reconhecida à especialidade de enfermagem de reabilitação uma componente prática, física e visível que a distingue, aos olhos do leigo, das demais

especialidades de enfermagem. Não obstante essas técnicas de execução física revelam-se como uma forma visível do nosso trabalho, sendo bastante apreciadas, como tal, pelos indivíduos, pelas famílias e pelas comunidades. Pude constatar esta satisfação no decorrer da minha prática em estágio com o apoio do orientador. Os momentos de mobilização articular, eram momentos de ligação mais pessoal entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados. Não existindo a sensibilidade táctil para sentir o toque, este era sentido indirectamente através da transmissão de movimento ao longo do corpo. Geralmente, a pessoa referia sentir relaxamento nestes momentos. Já em outras técnicas, principalmente aquelas que envolviam uma participação activa por parte da pessoa como o treino de vestuário ou de transferência, os sentimentos desenvolvidos e manifestados pelos indivíduos eram mistos abrangendo um leque da apreensão, à total confiança e participação. É exigido ao EEER uma especial sensibilidade na percepção do estado emocional da pessoa e a integração deste no cuidado, adaptando a sua abordagem e comunicação. O domínio das técnicas para execução e demonstração exigiu um novo esforço no sentido da pesquisa e revisão bibliográfica, pois, na minha óptica, o saber fazer é indissociável do saber que comprova o saber fazer. Cada técnica reveste-se de múltiplos factores, incluindo os riscos para a pessoa e para o enfermeiro. As posturas incorrectas são um dos primeiros que facilmente é identificado e que pode provocar danos a longo prazo na saúde do EEER. Uma técnica incorrecta ou uma aprendizagem ineficaz pode resultar numa família mal preparada, podendo ocorrer acidentes no futuro que agravem a situação clínica da pessoa, e consequentemente as suas incapacidades.

Uma outra necessidade verificada foi a crescente ligação da família e pessoa aos denominados “produtos de apoio”, produtos que facilitam a execução de determinadas tarefas, como transferir-se, tomar banho e cuidar da higiene, entre outros. Coube-me desmistificar a importância vital destes equipamentos que, sendo úteis, não são de extrema necessidade. Uma técnica de transferência da cama à cadeira de rodas bem executada e cuidada é tão ou mais importante que a existência de uma superfície de transferência (tábua por exemplo) Este equipamento existe para facilitar a tarefa, aumentando a segurança em que esta é feita. Uma pessoa ou família que se agarre demasiado ao equipamento será incapaz de

executar a tarefa no momento em que, por algum motivo, o equipamento não esteja disponível.

Uma das minhas grandes preocupações foi a validação de todos os ensinamentos efectuados no sistema de enfermagem de apoio e ensino (Orem, 2001). É necessário que a pessoa saiba executar correctamente cada técnica, por exemplo um esvaziamento vesical, nomeando cada passo antes de o executar e explicando a necessidade de determinados cuidados, nomeadamente de higiene. Neste sentido, em particular num ensino deste tipo, senti a necessidade de munir a pessoa com informação adequada e pertinente que ela não possuía sobre a infecção e anatomia do tracto urinário. Esta informação que pertence ao domínio comum da enfermagem, não está patente na maioria das pessoas, e uma informação cuidada e informada, com bases científicas, abordada pelo EEER facilita a sua assimilação, compreensão e execução.

Uma situação que me causou grande satisfação foi a identificação, tal como planeado em projecto de estágio, das barreiras arquitectónicas existentes no espaço familiar e comunitário onde a pessoa se insere no seu dia-a-dia. Infelizmente não tive a possibilidade de realizar a visita ao domicílio de nenhum dos utentes da instituição, por problemas na conjugação de horários, no entanto foi-me possível executar, logo desde o dia 1 de internamento, o estudo com a pessoa e com a família da sua habitação, emprego, acessos e limitações e barreiras que conseguimos apontar. A satisfação que senti não decorreu da capacidade manifestada em identificar as barreiras mas na capacidade desenvolvida para encontrar alternativas e estratégias de modo a enfrentar e ultrapassar essas limitações e barreiras. Numa situação concreta em que o local de trabalho de um indivíduo era instituição prestadora de serviços, no 1º andar de um prédio com entrada individual por lanço de escadas. A ideia imediata seria “construir uma rampa” como identificado pela própria pessoa. Após alguma indagação da planta “mental” do edifício “descobrimos” que o local de trabalho era um apartamento aproveitado para serviço, num prédio com elevador. O que acontece é que a porta principal, como não era usada, estava bloqueada com equipamento de escritório. Num contacto rápido com os colegas de escritório, a solução mais prática e económica foi encontrada. Desbloquear a porta do “apartamento” e permitir a

entrada da pessoa pelo elevador geral do prédio. Esses pormenores insignificantes podem manifestar uma grande influência a nível financeiro para as empresas e famílias, no sentido de encontrar inúmeras alternativas viáveis para o mesmo problema, permitindo escolher aquela que mais se adapte ao interesse individual.

As actividades descritas resumem o percurso de aquisição de competências específicas do EEER , nomeadamente no cuidar , capacitar e maximizar de capacidades da pessoa com limitação, desenvolvendo as suas capacidades.

A prática do cuidado especializado de ER é indissociável de um processo científico de prestação de cuidados, o processo de enfermagem. Foi através dele que foram diagnosticadas as limitações e identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem das quais decorreu o planeamento e consequente execução do cuidado especializado de ER o qual foi avaliado e alterado em função da evolução da própria pessoa.

Simultaneamente a pessoa foi sendo capacitada na execução das suas AVD, ao mesmo tempo que se maximizou a sua capacidade física.

Ao mesmo tempo, foi patente o trabalho na reabilitação da capacidade para participação social, melhorando a acessibilidade, buscando em conjunto com a pessoa, família e comunidade soluções para as limitações intrínsecas e extrínsecas.

1.2.4. Promover a Continuidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação da Pessoa com Paraplegia

O objectivo último do centro de reabilitação é capacitar a pessoa e família na realização do seu autocuidado, devolvendo-lhe independência e controle sobre a sua própria vida. Neste sentido, a equipa de enfermagem, especialmente os EEER, desenvolvem os seus cuidados e planeamento neste sentido, desde o momento inicial de contacto com a pessoa. No entanto, é irreal pensar que o centro consegue dar todas as respostas que a pessoa necessita. Ciente deste facto a equipa inicia uma avaliação cuidada de toda a envolvente, familiar, comunitária e económica, de modo a assistir a pessoa a dar continuidade ao seu processo de evolução.

O cuidado de enfermagem não visa exclusivamente a pessoa. Ele toma nela o seu foco e abrange todo o seu envolvente. A família e os seus recursos, bem como a comunidade e os seus recursos, são fundamentais na reestruturação da vivência da pessoa com paraplegia (Petronilho, 2007).

O encaminhamento e planeamento de alta são iniciados no momento da admissão. O fornecimento de informação adequada e adaptada à capacidade da pessoa e família foi crucial para um início eficaz do processo de reabilitação. O ensino é uma actividade essencial na prestação de cuidados de ER e este prossegue com o apoio inestimável dos colegas EEER nos cuidados de saúde primários.

Estes estão inseridos na própria comunidade, conhecem-na e integram-na motivo pelo qual são uma mais-valia no processo de reabilitação da pessoa.

A equipa de EEER no SRA possui documentação própria para a comunicação efectiva entre profissionais de diferentes instituições, garantido que toda a informação relevante é transmitida de forma correcta e inequívoca. Desta documentação consta a carta de alta que contém todos os cuidados cuja prossecução se pretende, para além da informação relevante sobre a evolução da pessoa no seu programa de reabilitação. Existe ainda um documento de orientações gerais que é personalizado à medida das necessidades para cada pessoa em particular, servindo de apoio à mesma e à família no domicílio.

Houve a necessidade de estruturar a informação a ser transmitida à pessoa, quer na forma verbal, quer na forma escrita, de modo a tornar claro o que se pretendia transmitir. No momento da alta foram contactados os colegas dos cuidados de saúde primários da área de residência da pessoa, informando-os do estado actual e ponto de evolução da pessoa no seu plano de reabilitação. Foi, também, recolhida informação pertinente, junto dos colegas dos cuidados de saúde primários, sobre inúmeros pontos, nomeadamente nas respostas da comunidade a determinados desafios, como o sejam a acessibilidade a meios e serviços, serviços de apoio e existência de meios técnicos e humanos na área de reabilitação, nomeadamente enfermagem de reabilitação. Munido desta informação adicional foi possível realizar um planeamento de alta mais abrangente e eficaz.

É executada, ainda, uma visita domiciliária, sempre que se verifique a necessidade ou a pedido da pessoa ou família, dentro das possibilidades da equipa e do centro de reabilitação, de forma a poder aferir as necessidades reais da pessoa no domicílio, a necessidade de produtos de apoio e ensinos de técnicas especiais, adaptadas às necessidades específicas da pessoa. Foi também realizado o ensino na transferência ao veículo actual da pessoa, estudando alternativas de transporte passíveis de utilização.

O processo de preparação do regresso a casa envolve uma componente psicológica elevada. A pessoa com paraplegia, com diversos défices no seu autocuidado, tem dificuldade em perspectivar a sua vivência sem o apoio do técnico de saúde. A pessoa e a sua família apresentam diversos constrangimentos, principalmente a nível emocional que necessitam ser trabalhados em equipa, nomeadamente com apoio psicológico (Pereira, 2009).

A preocupação fundamental foi de dar continuidade ao trabalho efectuado, avaliando a necessidade e encaminhamento para outras unidades de saúde, particulares ou privadas, garantindo o apoio dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, nomeadamente dos EEER, o aconselhamento e ajuda na escolha e aquisição de produtos de apoio e o encaminhamento à assistente social da sua zona de residência.

Ao demonstrar a capacidade para iniciar e executar o processo de continuidade dos cuidados, revelei a aquisição de competências no sentido de avaliação global da

pessoa e comunidade, identificação de necessidades específicas e planeamento de intervenções futuras, bem como da capacidade para integrar inúmeros contributos de outros profissionais, da família e da comunidade, como factores na evolução da pessoa com paraplegia no seu referencial de independência como um todo.

Mais uma vez, as competências como gestor de caso foram solidificadas através das actividades desenvolvidas. Houve preocupação especial com a continuidade do cuidado especializado em ER bem como com a capacitação da pessoa para a participação social e comunitária.

1.3. Aquisição de Competências Específicas - Área Funcional Respiratória

O percurso de estágio foi bipartido para permitir acomodar a aquisição de competências globais, ao mesmo tempo que foram desenvolvidas competências específicas na promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia. Se no planeamento foi relativamente fácil efectuar a distinção entre a intervenção do EEER na área funcional sensoriomotora e na área funcional respiratória, na prática tal não se verificou.

A pessoa, como ser complexo que é, não é divisível por partes, embora tal possa ser útil no estudo de uma das suas funções em particular, na prática o estudo fica limitado por não integrar a globalidade da pessoa e, como tal, a intervenção e o cuidado, por se restringirem apenas a um componente, serão limitados e possivelmente ineficazes.

Em estágio verificou-se que, logo no primeiro campo, fundamentalmente associado à componente sensoriomotora, foram identificados défices ventilatórios e respiratórios, com necessidade de intervenção do EEER. Em específico as situações identificadas correspondiam a pessoas numa fase pós Acidente Vascular Cerebral (AVC), tetraplégicos e paraplégicos. Perante esta necessidade as actividades, desenhadas em plano de estágio para serem desenvolvidas no segundo campo de estágio, foram sendo reestruturadas e aplicadas logo no primeiro campo.

O principal ponto de modificação e reestruturação do plano de formação correspondia à causa provável da necessidade de intervenção de ER na área funcional respiratória. A pessoa no centro de reabilitação possui limitações físicas e sensoriais que limitam a capacidade para ventilar correctamente, apesar de não apresentar uma patologia respiratória de base.

No caso particular da pessoa com lesão medular a função respiratória é determinada pelo nível e tipologia do dano neurológico que origina uma paralisia parcial ou total dos músculos respiratórios abaixo do nível de lesão (West Australia State Spinal Injury Unit, 2013).

As alterações verificadas correspondem a redução da capacidade pulmonar, tosse ineficaz, padrão ventilatório alterado, com lesão acima de T6¹⁶, por acção desregulada do sistema nervoso periférico, broncoconstricção e hipersecreção brônquica e, por último, sequelas crónicas como a redução da *compliance* pulmonar e da flexibilidade da parede torácica (West Australia State Spinal Injury Unit, 2013). Estas alterações estão relacionadas com o aparecimento de complicações como atelectasia, pneumonia e insuficiência respiratória (West Australia State Spinal Injury Unit, 2013).

Os cuidados prestados foram dirigidos a pessoas com varias alterações/limitações mas opto, neste relatório, por incidir principalmente na pessoa com paraplegia.

Na paraplegia, lesão abaixo de T6, o controlo dos músculos abdominais está diminuído ou abolido. Estes são responsáveis pelo aumento da pressão intra-abdominal, estando envolvidos na manobra de expiração forçada, como o seja a tosse (Jones, Srinivasan, Allam, & Baker, 2012). Eles também apoiam a massa abdominal, ajudando a manter uma posição adequada do diafragma, quando o tronco está numa posição vertical, motivo pelo qual os lesionados medulares ventitam melhor quando deitados (Baydur et al., 2001; Park, Kang, Lee, Choi, & Kim, 2010).

A pessoa com paraplegia necessita, então, de uma avaliação cuidada da sua capacidade para realizar uma tosse eficaz. Em estágio, tive oportunidade de realizar essa avaliação em várias ocasiões, com diferentes pessoas, com mecanismos de adaptação à paraplegia relativamente diferentes. Tive oportunidade de prestar cuidados de ER a pessoas sem alteração no mecanismo de tosse, a outras que, no decorrer da adaptação à sua nova condição, tinham desenvolvido técnica de tosse muito própria, recorrendo a inclinação do tronco, segurando lateralmente na cadeira e, ainda, a algumas pessoas com tosse ineficaz. Com estas, estabeleci, em conjunto com o orientador e a equipa de EEER, um plano para desenvolver uma tosse eficaz,

¹⁶ A coluna vertebral é constituída por 34 vertebrae. Para efeitos de simplificação na referência a cada uma delas é utilizada a letra (da zona onde se encontram) e o seu respectivo número para identificar a vertebra individualmente: 1-7 C (7 cervicais), 1-12 T (12 Torácicas), 1-5 L (5 Lombares), 1-5 Coc (5 Coccigeas) (Barradas, 2008; Jones et al., 2012).

no sentido da independência da pessoa, de forma a prevenir a instauração de complicações.

Uma tosse eficaz requer um volume inspiratório grande (inspiração profunda) seguido de uma expiração expulsiva, apoiada pelos intercostais internos e pelos músculos abdominais (inervação entre T1-T12) (Harvey, 2008). Esta expiração expulsiva pode ser assistida e aumentada pelo EEER, pelo cuidador e pela própria pessoa. A tosse assistida aumenta o pico expiratório até sete vezes o que a pessoa consegue gerar sozinha (Harvey, 2008; Lin, Lai, Wu, Wang, & Wang, 1999). Optei pelo apoio e ensino da pessoa na realização desta técnica, explicando-lhe a forma correcta de o fazer, adaptando a linguagem à pessoa em causa, dando-lhe uma explicação não apenas da técnica mas também da fundamentação da mesma, do que ocorre organicamente quando esta é executada. Na minha prática tenho verificado que a visualização dos efeitos físicos de uma determinada técnica ajuda a pessoa a compreendê-la mais facilmente, a assimilá-la e a aplicá-la com maior cuidado e rectidão.

Existiu, ainda, uma situação em que a pessoa chegou ao centro utilizando faixa abdominal. Este equipamento, que ajuda na contenção da massa abdominal, facilita a técnica de tosse. No entanto, como técnica passiva que é, carece da dinâmica de aumento de volume, limitando a eficácia da tosse. Foi possível, através de treino e exercício, remover a faixa e executar um treino eficaz da técnica de tosse “auto assistida”, que se revelou eficaz para aquela pessoa.

As outras situações que cada pessoa apresentava, no contexto de problema respiratório, estiveram relacionados com alterações posturais, alterações na sensibilidade e controlo muscular e sequelas de problemas respiratórios que sofreram na fase aguda, de internamento hospitalar, antes de ingressarem no centro de reabilitação, tais como atelectasias, pneumonias, derrames, entre outros.

Para cada uma destas situações a pessoa foi avaliada, como um todo, procurando, em conjunto com ela, com a família e com a restante equipa, definir um plano de reabilitação, para a prestação de cuidados de ER, integrado no plano de reabilitação global. As actividades planeadas prendiam-se com o treino muscular, sensitivo, reeducação postural, reeducação funcional respiratória, ensino da tosse e

higiene brônquica através do ciclo activo da técnica respiratória (Cordeiro & Menoita, 2012).

No momento de início do segundo período de estágio, na unidade de reabilitação funcional respiratória, já tinha tido experiência clínica na área funcional respiratória. Tal facto facilitou a integração na equipa e na sua dinâmica, permitindo uma preocupação focada na particularidade de cada pessoa, na sua patologia respiratória e pulmonar específica e na forma como a pessoa a vivencia.

A unidade de reabilitação funcional respiratória possui duas componentes funcionais. Uma presta cuidados de ER em ambulatório, em que a pessoa se desloca à unidade para a prestação de cuidados de ER, após referência externa por médico (centro de saúde, outra instituição hospitalar, etc.), passando por consulta com pneumologista da unidade que prescreve a tipologia de tratamento, identificando algumas limitações. A outra tem o seu campo de actuação em estreita ligação com os serviços de internamento da unidade hospitalar onde se insere, sendo que a necessidade de cuidados de ER, na área funcional respiratória são identificados no serviço pela equipa e o médico responsável pede apoio à unidade de reabilitação funcional respiratória.

A interligação entre profissionais, a gestão dos cuidados e dos EEER existentes na instituição hospitalar, a rentabilização de recursos, o encaminhamento das pessoas, a sobrecarga de trabalho e o subaproveitamento da unidade de reabilitação funcional respiratória foram várias das situações identificadas e discutidas com a equipa. De facto o resultado de tais discussões e reflexões poderia dar origem a um relatório próprio sobre a condição e as condicionantes de alguns dos serviços de referência a nível nacional.

A unidade de ambulatório presta cuidados a utentes com características muito peculiares, sendo esta unidade um dos pontos de referência no acompanhamento de utentes adultos com fibrose quística, entre outro tipo de patologias, sendo as mais comuns a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e a fibrose pulmonar.

A unidade, na sua vertente de atendimento de ambulatório, possui divisões com marquesas, destinadas à reeducação funcional respiratória e cinesiterapia respiratória e possui ginásio, destinado à reeducação ao esforço, reeducação postural e treino, manutenção e/ou melhoria da condição física, para situações

diversas incluindo preparação pré-cirúrgica, quer para pneumectomia parcial ou total, quer para transplante pulmonar.

Na sua vertente de atendimento da pessoa, em regime de ambulatório, foi-me possível efectuar uma avaliação aprofundada da pessoa e da sua família, presença constante no acompanhamento da deslocação à unidade para tratamento. Dessa avaliação foi possível a identificação de hábitos de vida desadequados como por exemplo consumos insuficientes de água, bem como alimentação desequilibrada, entre outros. As famílias que acompanhei eram presentes, não só nos tratamentos, como no dia-a-dia da pessoa. Tal facto facilitou a sua integração no cuidar em casa. A família, como parceiro do cuidar, é a estrutura base de apoio no domicílio e na comunidade. Como tal deve ser preparada para dar respostas adequadas aos desafios e défices de autocuidado que a pessoa venha a experimentar (Elsen et al., 2004). Quando concerne à alteração do estilo de vida, ingestão hídrica, hábitos alimentares, cessação tabágica e alcoólica, etc., a família possui um papel chave no processo.

O desenho do plano de reabilitação, pelo EEER, foi moldado pelo diagnóstico médico e pela sua prescrição. Tal facto não impossibilitou a moldagem e a estruturação das intervenções em função da avaliação efectuada pelo EEER, bem como algumas alterações da prescrição, após avaliação aprofundada da pessoa e discussão com o pneumologista. Foi observável a importância da capacitação científica do EEER, como fonte da fundamentação do seu trabalho, justificação e validação do mesmo. O respeito pela autonomia do EEER e a diferenciação do seu trabalho e da sua área do saber serão apenas alcançados através desta linha de pensamento e, no micro sistema de relação EEER/Pneumologista, isso mesmo era verificável.

Embora localizada numa divisão antiga da estrutura hospitalar, o equipamento era suficiente e adaptado à maioria das intervenções planeadas e realizadas. Foi possível a aplicação de inúmeras técnicas de ER, na área funcional respiratória associando, mais uma vez, com a área motora e sensitiva. Se na marquesa esta associação era mais subtil, em ginásio era demarcada.

Num treino de reeducação ao esforço era notável, numa situação inicial, o descondicionamento físico manifestado pela pessoa. A incapacidade, iniciada por

uma incapacidade respiratória, era já uma incapacidade física. O desafio aqui era reverter a incapacidade física até ao máximo possível para aquela pessoa, devolvendo-lhe a independência na execução das suas AVD, no seu autocuidado. A experiência do enfermeiro EEER orientador foi inestimável na avaliação da capacidade física da pessoa e no estabelecimento de limites e metas a alcançar. A percepção pessoal é algo que, não sendo inteiramente objectiva e capaz de ser testada cientificamente, é de extrema importância ao lidar com situações deste tipo. A experiência e a reflexão crítica sobre essa mesma experiência produz a sensibilidade e o conhecimento tácito para intervir nas especificidades das situações adaptando o conhecimento científico globalmente validado ao particular da situação (Benner, Tanner, & Chesla, 2009).

Na sua vertente de apoio e interligação com os serviços de internamento, a unidade de reabilitação funcional respiratória, funciona com uma estrutura moldável, de actualização diária de planeamento e ajustamento ao horário, pessoal e necessidades identificadas.

A inserção de um elemento estranho no ambiente de um serviço de internamento, não é fácil nem livre de conflitos. Como EEER foi necessário recorrer a elementos comuns de comunicação, dentro da Enfermagem e com foco na pessoa, respeitando as diferenças e dinâmicas de cada um dos serviços nos quais prestei cuidados. Houve que ter especial cuidado na escolha do horário para a prestação de cuidados, de forma a não colidir com o horário de rotinas no serviço. Houve também, que avaliar e identificar a intervenção do EEER do próprio serviço. Neste sentido, a equipa da unidade desenvolveu uma folha de registos com o plano de reeducação funcional respiratória e registos de execução para que o colega EEER do serviço o seguisse e introduzisse alterações, caso considerasse necessário, bem como registasse a sua intervenção. A indefinição institucional e, nacionalmente, política, relativamente à integração do EEER nos quadros de pessoal dos diferentes serviços, reconhecendo-o como especialidade de utilidade pública, gerou e gera estes conflitos entre profissionais, que desconhecem qual a margem de actuação de cada colega EEER dentro de cada serviço, pois a mesma é determinada pelas chefias intermédias, de acordo com factores inespecíficos, como o sejam a sua opinião própria sobre o assunto.

Nestes casos de situação aguda e crítica, as melhorias após programa de reeducação funcional respiratória são geralmente rápidas e com efeitos perceptíveis pela própria pessoa. Esta situação conduz a uma grande adesão por parte da pessoa internada, levando a uma solicitação constante. Há que saber usar esta satisfação da pessoa e da família e convertê-la em opinião pública sobre o EEER, para, um dia, chegar a vontade política de reverter uma situação que se poderá tornar insustentável para a especialidade de ER.

Este período de estágio permitiu a complementaridade na aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, em todos os seus domínios, sendo com grande satisfação e sentimento de missão cumprida que concluí o meu período de estágio.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a vida é composta de mudança. A característica de mudança “boa” ou “má” não é mais do que uma subjectivação com base nos valores individuais de cada pessoa que ajudam a interpretar e encaixar essa mudança no seu percurso de vida. A vida com uma deficiência e dependência é apenas e tão só diferente. Há que trabalhar os valores interpretativos da mudança no interior da pessoa para que ela possa trabalhar os mecanismos compensatórios e adaptativos no exterior, aprendendo a viver com a sua nova vida.

Neste sentido a pessoa com paraplegia necessita reformular o seu esquema pessoal, mental e corporal de modo a integrar o seu novo eu. Apenas após o fazer poderá reiniciar a sua vida como membro integrado numa família, comunidade e sociedade de forma plena e feliz.

A especialização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, permite uma melhoria contínua no atendimento, prestação de cuidados e apoio no desenvolvimento da independência da pessoa com paraplegia. O EEER, enquadrado no quadro conceptual desenvolvido por Dorothea Orem (Orem, 2001), devolve o poder sobre si à pessoa com paraplegia tornando-a agente do autocuidado, dando resposta quer nos seus requisitos universais associados a necessidades humanas básica, nos seus requisitos de desenvolvimento associados a fases de desenvolvimento e adaptações sociais e nos requisitos de desvio de saúde por processos de doença ou lesão. Assim o EEER capacitando-a, possibilitando-lhe a si e à sua família que se desenvolvam na sua existência em comunidade e pessoal, integrando-se no seu percurso de desenvolvimento no seu próprio referencial de saúde.

Ao EEER é exigido que possua competência e sensibilidade especial ao lidar e cuidar de pessoas com uma multiplicidade de sentimentos emoções e reacções, adaptando a técnica à pessoa, avaliando e integrando-a nas necessidades reais da pessoa, apoiando-a e guiando-a no desenvolvimento da sua independência apercebida, contribuindo, em última análise, para a sua felicidade.

O meu percurso de estágio permitiu-me desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista definidas pela OE bem como, mais profundamente, as competências específicas do EEER. Seguindo um planeamento cuidadoso os campos de estágio revelaram-se complementares na aquisição dessas competências, permitindo o seu desenvolvimento, aprofundamento e alargamento, relativamente ao plano inicial, revelando-se fonte prolífica de experiências e aprendizagens

Pelas suas características particulares os campos de estágio permitiram uma vivência diferente do que possuía até ao momento, sobretudo no trabalho do EEER com a pessoa com paraplegia. A observação cuidada e crítica da interacção da pessoa com o espaço e com os profissionais permitiu um desenvolvimento muito positivo da minha própria prestação como futuro EEER. As filosofias e modo de trabalho dos EEER assumem uma especial relevância como a “cola” que une a prestação de cuidados entre diferentes profissionais.

A componente teórica prévia, adquirida ao longo do curso de mestrado, bem como aquela adquirida pelo estudo da temática em questão e da produção científica sobre a mesma constituíram a base no processo de tomada de decisão contribuindo para a implementação e aplicação de boas práticas no cuidado do futuro EEER.

Ao longo de todo o estágio os obstáculos e limitações foram presença constante. O facto de alguns terem sido identificados logo em altura de planeamento permitiram que as estratégias para os ultrapassar já estivessem desenhadas pelo que a sua superação foi fácil. Para todos os outros a ajuda inestimável do orientador de estágio e dos EEER orientadores permitiram ultrapassar e eliminar os obstáculos e limitações observados, entre eles, a conjugação de horários, o planeamento de actividades de expansão à experiência de estágio *in loco* e a implementação de planos de cuidados de ER diferentes e práticos.

A dificuldade final terá sido mesmo a concretização deste relatório, eficaz na defesa sucinta de todas as aprendizagens efectuadas, identificando os momentos chave de aquisição de competências, fundamentando-os, explanando-os e estruturando-os, permitindo, ao mesmo tempo, estruturar a aprendizagem efectuada mas, ao mesmo tempo, manifestamente insuficiente para reflectir todas as aprendizagens efectuadas. Mais uma vez o apoio da professora orientadora revelou-

se fundamental nesta tarefa hercúlea de representação do período de estágio e seus resultados em papel.

O presente relatório é o culminar de um percurso reflexivo de experiências vividas que evidência uma prática de enfermagem de reabilitação alicerçada em evidência científica sobre a problemática da pessoa com paraplegia por LVM.

Como balanço final, verifico que sou hoje um enfermeiro diferente, pronto a assumir não apenas o título de EEER mas também as responsabilidades do mesmo perante a profissão e perante a sociedade.

Concluir esta especialidade deixou de ser apenas um sonho distante de concretização profissional para passar a ser uma realidade, com um sentimento de realização, numa procura incessante de desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No futuro espero contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de ER na minha área de trabalho, no litoral alentejano, estando no presente momento em desenvolvimento a Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Litoral Alentejano, que terá como principal função promover e desenvolver o cuidado especializado em ER naquela área, dando-lhe visibilidade e apoio na luta pelos cuidados de qualidade a que a população tem direito. É com muito orgulho que integrarei o grupo de trabalho que já se encontra a laborar neste projecto. O caminho não se avizinha fácil mas também nada que mereça a pena nesta vida o é.

Reconheço as limitações deste relatório, não obstante, reconheço o seu rigor e valor sintético, reflexo de uma prática e de uma aprendizagem efectiva e frutuosa.

Não posso acabar sem renovar os agradecimentos a todos os possibilitaram a persecução deste projecto profissional e de vida, a realização deste relatório e a futura conclusão do curso de mestrado em enfermagem, área de especialização em enfermagem de reabilitação.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barradas, G. V. (2008). *Traumatismos Vertebro-Medulares: O Presente e o Futuro*. Tese de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde. Retrieved from <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/748/1/TESE.pdf>
- Baydur, A., Adkins, R. H., Milic-emili, J., Denton, M., Mckinlay, J., Educ, C., ... Pain, C. (2001). Lung mechanics in individuals with spinal cord injury : effects of injury level and posture Lung mechanics in individuals with spinal cord injury : effects of injury level and posture. *Journal of Applied Physiology*, 90, 405–411. Retrieved from <http://jap.physiology.org/content/jap/90/2/405.full.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (p. 294). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2ª ed., p. 23). New York: Springer Publishing Company.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dotcherman, J. mcLoskey. (2010). *NIC - Classificação Intervenções Enfermagem* (5ª ed., p. 942). São Paulo: Mosby-Elsevier.
- Cafer, C. R., Barros, A. L. B. L. de, Lucena, A. D. F., Mahl, M. D. L. S., & Michel, J. L. M. (2005). Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. *Acta Paul Enferm.*, 18(4), 347–353.
- Chappell, T. (2011). On the Very Idea of Criteria for Personhood. *The Southern Journal of Philosophy*, 49(1), 1–27. doi:10.1111/j.2041-6962.2010.00042.x
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (p. 205). Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Cordeiro, M. do C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas* (1ª ed., p. 380). Loures: Lusociência.
- Costa-Dias, M. J. M. da, & Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2), 153–161. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros* (p. 326). Loures: Lusodidacta.
- Dantas, D., Amaro, J., Silva, P., & Margalho, P. (2012). Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física E de Reabilitação*, 22(2), 20–27. Retrieved from <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/9/9>

- Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho (2006). Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série-A, Nº109 (6-6-2006) 3856-3865.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores Dublin. *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Retrieved from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Doran, D. M. (2003). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2ª ed., p. 522). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- ELSEN, I., MARCON, S. S., & SANTOS, M. R. DOS. (2004). *O Viver em Família e sua Interface com a Saúde e Doença* (p. 398). Maringá: EDUEM.
- Entwistle, V. a, & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics : AJOB*, 13(8), 29–39. doi:10.1080/15265161.2013.802060
- Faro, A. C. M. e. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 40(1), 128–133. doi:10.1590/S0080-62342006000100019
- Fernandes, M. F. de S., Barros, A. L. B. L. de, Michel, J. L. M., Nóbrega, M. M. L. da, & Ganzarolli, M. Z. (2010). Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In *ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto* (2ª ed., pp. 21–51). ArtMed.
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão – Implementação Nacional da Escala de Braden*. Loures: Lusodidacta.
- Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living* (p. 7). New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (2009). Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 6, 152–161. Retrieved from http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1279/2/152-161_FCS_06_-24.pdf
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed., p. 375). Porto Alegre: ArtMed.
- Gil, A. P. M. (2010). *Heróis do Quotidiano: dinâmicas familiares na dependência* (p. 599). Lisboa: Gulbenkian.
- Harvey, L. (2008). Respiratory Management. In *Management of Spinal Cord Injuries: A Guide for Physiotherapists* (pp. 205–225). Elsevier Ltd.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª ed., p. 787). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Jones, H. R., Srinivasan, J., Allam, G. J., & Baker, R. A. (2012). *Netter's Neurology* (2ª ed., p. 734). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Kearney, P. M., & Pryor, J. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 162–70. doi:10.1111/j.1365-2648.2003.02976.x

- Leite, V. B. E., & Faro, A. C. M. e. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P.*, 39(1), 92–96. doi:10.1590/S0080-62342005000100012
- Lin, K., Lai, Y., Wu, H., Wang, T., & Wang, Y. (1999). Research Report Cough Threshold in People With Spinal Cord Injuries, 1026–1031. Retrieved from <http://ptjournal.apta.org/content/79/11/1026.full.pdf+html>
- Mancussi, A. C. (1998). Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. *Revista Latin*, 6(4), 67–73. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13877.pdf>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (p. 641). New York: Springer Publishing Company.
- Meneguessi, G. M., Teixeira, J. P. D. S., Jesus, C. A. C. de C. A. C. de, Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2012). Reabilitação na Lesão Medular: Reflexão sobre Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. *Journal of Nursing*, 6(12), 3006–3012. doi:10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201218
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2011). Parecer nº12/2011 - Parecer sobre Actividades de Vida Diária. Ordem dos Enfermeiros.
- Naik, A. D., Dyer, C. B., Kunik, M. E., & Mccullough, L. B. (2010). Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-conceptualization. *American Journal of Bioethic*, 9(2), 23–30. doi:10.1080/15265160802654111.Patient
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. *Cadernos O.E.*, 1(2), 370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved June 5, 2013, from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved June 5, 2013, from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (p. 94). Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2011). Parecer Nº12/2011. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed., p. 542). St. Louis: Mosby – Year Book.
- Orem, D. E., Denyes, M. J., & Bekel, G. (2001). Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48–54. doi:10.1177/089431840101400113

- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (p. 238). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Padula, M. P. C., & Souza, M. F. de. (2007). Avaliação do resultado de um programa educativo dirigido a paraplégicos visando o autocuidado relacionado aos déficits identificados na eliminação intestinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 168–174. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a09v20n2.pdf>
- Padula, M. P. C., & Souza, M. F. de. (2008). Identificação dos requisitos universais de autocuidado e seus déficits no lesado medular. *Saúde Coletiva*, 4(19), 18–24. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201905>
- Park, J. H., Kang, S.-W., Lee, S. C., Choi, W. A., & Kim, D. H. (2010). How respiratory muscle strength correlates with cough capacity in patients with respiratory muscle weakness. *Yonsei Medical Journal*, 51(3), 392–7. doi:10.3349/ymj.2010.51.3.392
- Parker, M. E. (2005). *Nursing Theories & Nursing Practice* (2^a ed., p. 409). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Pascual, M. G., Calvo, M. D., León, I. M., Valero, J. V. F., & Vila, R. M. (2001). *Lesión medular: Guía de Autocuidados* (1^a ed., p. 146). Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.
- Pereira, T. B. (2009). O Regresso a Casa. *Enformação*, (12), 18–21. Retrieved from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/164/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%2018.pdf>
- Perrenoud, P. (1999). *Construir competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da enfermagem* (1^a ed., p. 105). Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.
- Ruz, A. E. de, & Benito, A. de P. (2002). *La Lesión Medular: Vejiga e Intestino* (p. 137). Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.
- Silva, G. A. da, Schoeller, S. D., Gelbcke, F. L., Carvalho, Z. M. F. de, & Silva, E. M. de J. P. da. (2012). Avaliação Funcional de Pessoas com Lesão Medular: Utilização da Escala de Independência Funcional - MIF. *Texto Contexto Enferm.*, 21(4), 929–936. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/25.pdf>
- Soares, J. C. R. de S., & Camargo, K. R. J. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65–78. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180115442007.pdf>
- Stiens, S. a., Kirshblum, S. C., Groah, S. L., McKinley, W. O., & Gittler, M. S. (2002). 4. Optimal participation in life after spinal cord injury: Physical, psychosocial, and economic reintegration into the environment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(March), S72–S81. doi:10.1053/apmr.2002.32178

- Sumiya, T., Kawamura, K., Tokuhira, A., Takechi, H., & Ogata, H. (1997). A survey of wheelchair use by paraplegic individuals in Japan. Part 2: Prevalence of pressure sores. *Spinal Cord*, 62(35), 595–598. Retrieved from <http://www.nature.com/sc/journal/v35/n9/pdf/3100467a.pdf>
- Sussams, J. E. (1996). *Como fazer um Relatório* (3^a ed., p. 140). Lisboa: Editorial Presença.
- Vall, J. (2008). O Processo de reabilitação da Pessoa portadora de Paraplegia: Uma contribuição teórica. *Cadernos Da Escola de Saúde Enfermagem*, 1, 1–12. Retrieved from <http://apps.unibrasil.com.br/revista/index.php/saude/article/viewFile/75/68>
- Vall, J., Lemos, K. I. L., & Janebro, A. S. I. (2005). O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Cogitare Enfermagem*, 10(3), 63–70. Retrieved from <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5395/3970>
- Veiga, J. (2011). Autonomia Pessoal e Cuidados de Enfermagem: Uma revisão da literatura empírica e teórica. *Pensar Enfermagem*, 15(1), 39–69. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2011_15_1_39-69.pdf
- Vidal, J., & Sarrias, M. (1991). An analysis of the diverse factors concerned with the development of pressure sores in spinal cord injured patients. *Paraplegia*, 29(4), 261–7. doi:10.1038/sc.1991.37
- West Australia State Spinal Injury Unit. (2013). *Respiratory Function following Spinal Cord Injury: A Resource for Health Service Providers* (p. 12). Government of Western Australia - Department of Health. Retrieved from <http://spinalwa.org/wp-content/uploads/2013/11/Respiration.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Projecto de Formação

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação**

Opção II

PROJECTO DE FORMAÇÃO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO AUTO-CUIDADO DA PESSOA COM PARAPLEGIA

Mário Jorge Oliveira da Paz Ciríaco, nº4831

**Professor Coordenador Joaquim Paulo Oliveira
Professora Orientadora Maria do Céu Sá**

**Lisboa
Julho de 2013**



ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIA – *American Spinal Injury Association*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição

CIF – Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Adultos

DRFR – Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EUA – Estados Unidos da América

ICCP – *International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis*
(Campanha Internacional para a Cura de Paralisia por Lesão Medular)

LVM – Lesão Vertebro Medular

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCIM – *Spinal Cord Independence Measure* (Medida de Independência na Lesão Medular)

ÍNDICE

Introdução	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. A PESSOA COM PARAPLEGIA POR LESÃO VERTEBRO-MEDULAR.....	12
1.2. O EEER E A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM PARAPLEGIA.....	16
2. Quadro Conceptual	19
2.1. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE OREM.....	19
2.2. O EEER E A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM PARAPLEGIA.....	20
3. Definição do Problema	22
3.1. PROBLEMA GERAL.....	22
3.1.1. <i>Problemas Parcelares</i>	22
4. Planeamento	23
4.1. OBJECTIVOS DE FORMAÇÃO.....	24
4.1.1. <i>Objectivo Geral</i>	24
4.1.2. <i>Objectivos Específicos</i>	24
4.2. JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA LOCAIS DE ESTÁGIO.....	26
4.2.1. <i>Centro de Medicina de Reabilitação de Adultos</i>	26
4.2.2. <i>Departamento de Reeducação Funcional Respiratória</i>	27
4.3. PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES.....	28
4.4. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO.....	28
5. Considerações Finais	29
6. Referências Bibliográficas	31

Nota: Os anexos referidos no presente plano de formação, apresentado como apêndice de Relatório de Estágio, foram removidos para evitar duplicação de informação e encontram-se em Apêndice próprio do Relatório de Estágio.

INTRODUÇÃO

O presente projecto de formação surge no âmbito do 4º curso de mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, na disciplina de Opção II, como uma ferramenta desenvolvimento, possibilitando estruturar e projectar um percurso de aprendizagem futuro, solidamente alicerçado nos conhecimentos até agora adquiridos.

O termo projecto é definido como “*o que se planeia fazer*” (“Dicionário Priberam da Língua Portuguesa,” 2012). Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), projecto é um plano de trabalho estruturado para resolver e/ou estudar uma problemática levantada pelos seus intervenientes.

A execução do planeamento desenvolvido será realizada no 3º semestre do curso, em campo de estágio, sujeito a auto-avaliação contínua, da qual resultará o relatório de estágio final.

O tema central deste projecto de formação incide sobre a pessoa com lesão vertebro-medular (LVM), mais concretamente com paraplegia em fase de sequelas e a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER) na promoção do seu autocuidado.

A escolha deste tema decorre do meu interesse pessoal e profissional. A minha experiência profissional foi desenvolvida na área da orto-traumatologia, tendo contacto frequente com traumatizados vertebro medulares, sobretudo em fase de sequelas, aguardando transferência para unidades de reabilitação, após estabilização de fractura. Verifica-se, simultaneamente, um manifesto interesse político e institucional nesta problemática, do qual decorre um grande investimento, quer em campanhas de prevenção, quer em iniciativas de inclusão, que passa também pela formação dos profissionais que lidam directamente com as pessoas afligidas por esta situação. Exemplo disso é o guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular publicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Inúmeras outras iniciativas anteriores resultaram numa produção legislativa que determina normas de construção inclusivas, protegem o trabalhador da exclusão laboral e dotam a comunidade de ferramentas e meios por forma a permitir a inclusão da pessoa com incapacidade.

O contributo do EEER no desenvolvimento e capacitação da pessoa com paraplegia revela-se fundamental, recorrendo a competências próprias definidas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) e nova informação e técnicas resultado de investigação na área. O EEER deve basear a sua prática na evidência científica existente, efectuando uma prática eficaz, com os mais elevados padrões, assegurando-se que *“o que é feito, é feito bem – para que se obtenham mais resultados benéficos que nocivos”* (Craig & Smyth, 2004, p.4). Nesta linha, foram efectuadas pesquisas bibliográficas em base de dados, livros e publicações da área, que permitiram aprofundar conhecimentos nesta área específica de intervenção, sendo que as principais ideias identificadas constituíram o enquadramento teórico apresentado.

Paralelamente às intervenções encontradas revela-se necessário um enquadramento conceptual do tema, de acordo com um modelo de enfermagem, por forma a o tornar compreensível e alvo de partilha, bem como compreender a análise e o planeamento efectuado, enquadrado por esse mesmo modelo. O modelo utilizado foi o da teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem que tem o foco no autocuidado, visando alcançar a independência da pessoa na realização do seu autocuidado.

O presente projecto de formação encontra-se dividido em cinco partes interligadas e subsequentes. A primeira corresponde ao **enquadramento teórico**, onde é feita a definição da área temática e o tema global é abordado, justificando a sua escolha. A segunda corresponde ao **quadro conceptual** sobre o qual a actuação e as intervenções planeadas ganham forma e conteúdo. A terceira corresponde à **definição do problema**, definindo o problema geral e os consequentes problemas parcelares. A quarta corresponde ao **planeamento**, realizando o planeamento para dar resposta aos problemas identificados, com base no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, assente nos descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e tendo como pano de fundo as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Finalmente são apresentadas as **considerações finais**.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Muitos são os pontos que ligam a pessoa com paraplegia por LVM, o EEER e o autocuidado, recorrendo, como quadro conceptual, à teoria do défice de autocuidado de Orem.

A informação aqui apresentada é a sùmula da pesquisa efectuada ao longo dos últimos meses em publicações da área, artigos científicos, publicações institucionais e teses académicas.

1.1. A Pessoa com Paraplegia por Lesão Vertebro-Medular

A LVM é a lesão que resulta do impacto de forças externas, directa ou indirectamente, causando danos na coluna vertebral e/ou medula espinhal. A lesão medular corresponde ao dano na espinal medula sendo que pode ocorrer por compressão, ruptura de tecidos e tracção. A secção física da medula é rara (Padilha, 2001). A lesão na medula espinhal causa interrupção parcial ou total das funções reflexas e voluntárias ao nível da lesão e abaixo dela interrompendo a comunicação dos impulsos nervosos com o tronco cerebral, cerebelo e cérebro (Padilha, 2001).

A causa mais comum são os traumas mecânicos, resultado de acidentes de viação, trabalho e prática desportiva, entre outros (Padilha, 2001).

Existe dificuldade em obter dados estatísticos comparáveis e extrapoláveis para a realidade portuguesa sobre a incidência e prevalência da lesão medular pelo facto de que os mecanismos de acção das suas características serem variáveis culturalmente, socialmente e economicamente. Os estudos, ao analisarem períodos temporais diversos e utilizando diferentes critérios de avaliação e realização do estudo tornam difícil uma extrapolação global (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Apesar deste facto a *International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis* (ICCP) estipula que a média anual de incidência da LVM ronda os 22 novos casos por milhão de habitantes no mundo ocidental desenvolvido, o que se traduz em cerca de 130.000 novos casos todos os anos, com uma média de sobrevivência que ronda os 40 anos. A idade média de incidência ronda os 33,5 anos

sendo que a prevalência é nos 19 anos. Com uma taxa de sobrevivência alta torna-se claro o aumento que se irá verificar no número de indivíduos com lesão medular (Vasiliadis, 2012).

Segundo a ICCP os custos com os tratamentos vários à pessoa com LVM rondam os 7,7 bilhões de dólares anuais nos EUA, os 1,5 bilhões de dólares no Canadá, 1 milhão de dólares na Austrália e cerca de 500 mil libras no Reino Unido (International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis, 2004).

Em Portugal os acidentes rodoviários constituíram a principal causa de LVM (57,3%), seguidos pelas quedas (37,4%) (Martins, Freitas, Martins, Dartigues, & Barat, 1998).

A incidência e prevalência da LVM não estão devidamente identificadas sendo que os estudos mais recentes encontrados remontam a um estudo de 1998 realizado por Martins, Freitas, Martins, Dartigues e Barat. Nesse estudo os autores analisaram dados da região centro no período compreendido entre 1989 e 1992. A média de idades foi de 50 anos, com uma distribuição bimodal com dois picos, um entre os 15 e os 24 anos e o segundo entre os 55 e 74 anos. Os homens foram prevalentes com cerca de 77% de casos e apenas 33% de mulheres. A taxa anual de incidência foi calculada em 57,8 novos casos por milhão de habitantes.

Extrapolando de dados internacionais, podemos afirmar que se trata de uma patologia de alto impacto socioeconómico no nosso país, sendo que o custo para a sociedade poderá ser bastante alto.

A lesão medular é classificada, de acordo com o tipo de lesão física na espinal medula, segundo a padronização internacional determinada pela ASIA (Ditunno, Young, Donovan, & Creasey, 1994) em cinco categorias, identificadas por letras, de A a E, sendo que A representa a lesão completa e E o estado normal.

Para além do tipo de lesão física na espinal medula, a LVM pode ser classificada de acordo com o nível da lesão. Este nível é diferente do nível de lesão osteoarticular, relacionado com o processo de desenvolvimento e maturação do corpo humano, sendo que uma lesão medular de nível D10 não corresponde a uma fratura vertebral de D10.

O nível, a partir do qual se verificam as alterações neurológicas é designado nível neurológico, sendo dividido, segundo os achados do exame neurológico, em nível sensitivo (pelas alterações sensoriais: tácteis, térmicas e dolorosas) e nível motor (pelas alterações na força e tónus muscular) Os níveis sensitivos correspondem à inervação dos sensores nervosos cutâneos e são designados de dermatomos e os níveis motores correspondem à inervação dos grupos musculares e são designados de miótomos (Ditunno et al., 1994).

De acordo com o nível de lesão e correspondentes défices apresentados a pessoa pode ser diagnosticada com paraplegia ou tetraplegia (Ditunno et al., 1994). A paraplegia refere-se à redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrados, em consequência da lesão do tecido nervoso medular. Na paraplegia a função motora e sensitiva dos membros superiores está preservada. Dependendo do nível da lesão, existe perda ou redução função motora e/ou sensitiva do tronco, membros inferiores e dos órgãos abdominais-pélvicos (Kirshblum et al., 2011).

A LVM evolui num quadro de três fases: fase de choque medular, fase subaguda e fase de sequelas. A investigação refere a utilidade do início precoce da intervenção do EEER na fase subaguda (Fries, 2005; Tooth, McKenna, & Geraghty, 2003). No entanto verificamos também que é na fase de sequelas que a intervenção do EEER produz um maior número de outcomes positivos (Cuapio, Corral, Jiménez, & Ángeles, 2011).

A fase de choque medular resulta da depressão reflexa dos segmentos medulares inferiores ao local de lesão por perda da estimulação (Delisa, 2001). É caracterizada por uma perda transitória, normalmente cerca de 2 semanas podendo chegar a durar alguns meses, de toda a função neurológica, manifestando-se como uma plegia flácida (Delisa, 2001).

Após o choque, a espinal medula, desinibida pelo corte de comunicação, reage de forma excessiva e incoordenada aos estímulos aferentes periféricos (cutâneos, musculares, articulares, viscerais) originando resposta reflexas localizadas, ou em massa, os chamados automatismos medulares (Delisa, 2001).

A última fase é designada como fase de sequelas. É nesta fase que a pessoa percebe as suas limitações e alterações reais e futuras devendo o EEER procurar que a pessoa obtenha um domínio sobre todas as suas funções, mesmo que involuntárias, para que se possa continuar a desenvolver como pessoa social (Andrade & Gonçalves, 2007).

A pessoa paraplégica por LVM possui alterações de estruturas e funções corporais, de acordo com o modelo conceptual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (World Health Organization, 2002), tais como alterações das funções mentais, sensoriais e dor, funções do aparelho cardiovascular e respiratório, funções do aparelho digestivo e endócrino, funções génito-urinárias, reprodutivas, neuro-músculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento. Estas alterações fisiológicas estão na origem de limitações da actividade e restrições de participação da pessoa, com consequente perda de autonomia e diminuição da qualidade de vida (Labruyère, Agarwala, & Curt, 2010).

O indivíduo paraplégico possui o risco de desenvolver disfunções secundárias inerentes à lesão medular, que requerem cuidados específicos como sejam as úlceras de pressão, trombose venosa profunda, ossificação heterotópica, infecção do tracto urinário e obstipação (Meneguessi et al., 2012).

A paraplegia por LVM provoca limitações funcionais na pessoa, condicionando e alterando o seu estilo de vida. Influenciada pelos factores pessoais e ambientais (factores contextuais) ocorre uma dificuldade na pessoa, e na própria sociedade, de adaptação ao novo contexto de pessoa com paraplegia, limitando a sua participação e integração social e laboral, limitando o seu papel activo na mesma (Stiens et al., 2002).

A paraplegia envolve cuidados de saúde crónicos e adaptações de modo facilitar a integração na comunidade, determinando custos económicos elevados (Dantas, Amaro, Silva, & Margalho, 2012).

1.2. O EEER e a Reabilitação da Pessoa com Paraplegia

A qualidade de vida após a lesão medular decorre da qualidade e quantidade da reabilitação, instituída desde a fase aguda, incluindo a fase imediatamente após a LVM. Esta deve ter uma abordagem holística que previna complicações que podem ter efeito devastador sobre a independência no autocuidado destes indivíduos, impedindo-os frequentemente de retornar ao convívio em sociedade (Saunders, Krause, Peters, & Reed, 2010).

A intervenção do EEER ultrapassa a simples manutenção de amplitudes articulares e o fortalecimento muscular. O EEER utiliza todo o potencial plástico demonstrado para otimizar função e promover sua independência (Hoffman & Field-Fote, 2007; Lim & Tow, 2007).

As metas de reabilitação devem ser traçadas em conjunto com o indivíduo e com a sua família. O início precoce do treino de Actividades de Vida Diária (AVD) constitui um poderoso estímulo à prevenção das perdas neuro-motoras. O ganho da independência da pessoa no seu auto cuidado nas suas rotinas de cuidado diárias favorece a vivência de um potencial produtivo, diminui os sentimentos de menos valia e diminuindo a baixa auto-estima. As estratégias a adoptar dependem das condições clínicas e das possíveis comorbilidades associadas à lesão medular (Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2012)

Para se poder descrever o impacto da LVM, especificamente da paraplegia, na pessoa, é necessário uma ferramenta estandardizada de avaliação. O uso de escalas funcionais facilita o processo de avaliação do evoluir da reabilitação, auxiliando o EEER e os restantes profissionais da equipa multidisciplinar na construção e constante actualização de um plano de reabilitação global (Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2012).

Existem várias escalas que permitem efectuar esta avaliação. Entre as mais utilizadas encontram-se a Medida de Independência Funcional (MIF), a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) e a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Anderson et al., 2008; Marino, 2007).

A MIF foi desenvolvida para avaliar e monitorizar o processo de reabilitação de doentes com múltiplas incapacidades e causas subjacentes (Segal, Ditunno, & Staas, 1993). A MIF possui 18 itens, agrupados em 6 áreas de função: autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Na área de função autocuidado avalia: alimentação, higiene pessoal, banho (lavar o corpo), vestir metade superior, vestir metade inferior e utilização da sanita. Cada item é avaliado numericamente entre 1 (Ajuda Total) e 7 (Total Independência) (Segal et al., 1993).

Silva, Schoeller, Gelbcke, Carvalho e Silva (2012) realizaram um estudo, aplicando a MIF, de forma a investigar o ganho funcional de 228 pessoas com paraplegia, após um programa de reabilitação global e multidisciplinar. O estudo revelou uma melhoria em todos os itens, menos relevante apenas nos itens alimentação e higiene pessoal (Silva et al., 2012).

A CIF é um modelo de estrutura preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a definição, mensuração e conseqüente formulação de políticas para a saúde e incapacidade (Dunn, Sinnott, Nunnerley, & Scheuringer, 2009). Ele estabelece uma linguagem padrão e uma estrutura para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde (World Health Organization, 2002). Na medida em que os estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões, etc.) são classificados na CID-10 (World Health Organization, 2010), a funcionalidade e a incapacidade, associadas a esses estados de saúde, é classificada utilizando a CIF. Estas classificações complementam-se e devem utilizadas em conjunto. De relevar que a CID-10 é uma classificação imutável, associada ao aspecto biofísico da doença, ao passo que a CIF é uma classificação dinâmica, em que o indivíduo, no decorrer do seu processo de reabilitação e normal evolução no decurso da sua vida, irá transitar por vários níveis. No que concerne à reabilitação este factor assume grande relevo no sentido em que é impossível verificar os ganhos obtidos pela reabilitação recorrendo à CID-10. Na CIF o funcionamento do ser humano decorre do funcionamento do corpo humano, do ser humano como um todo e do ser humano como um todo inserido num contexto (World Health Organization, 2002). A CIF utiliza na sua classificação as: Funções do Corpo (b), Estruturas do Corpo (s), Actividades e Participação (d) e Factores Ambientais (e). Cada uma das letras é seguida pelo número do capítulo

(um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quartos níveis (um dígito cada). Os constructos da CIF organizam-se de maneira que as categorias mais amplas são definidas de forma a incluir subcategorias mais detalhadas, completando assim a taxonomia da classificação (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Um estudo de caso, realizado por Glässer et al. (2012) revelou, naquele caso concreto de uma pessoa de 26 anos com paraplegia, existiram melhorias visíveis na avaliação com a CIF da pessoa durante e após o processo de reabilitação global, sendo que a evolução medida pela escala serviu de motivação para a pessoa prosseguir no processo de reabilitação e reintegração laboral (Glässer et al., 2012).

A SCIM foi, diferentemente da CIF e MIF, construída especialmente para avaliar pessoas com LVM, encontrando-se actualmente a 3ª versão a aguardar publicação do estudo que a valida para a realidade portuguesa (Dantas et al., 2012). Os estudos revelaram que possuía maior sensibilidade na identificação de alterações na evolução e/ou alteração da função do que outras escalas, nomeadamente a MIF (Anderson et al., 2008). A SCIM possui 19 itens, agrupados em 3 subescalas: autocuidados (6 itens, entre 0 e 20), alterações da respiração e esfíncteres (4 itens, entre 0 e 40) e mobilidade (9 itens, entre 0 e 40). O score global varia entre 0 (máxima dependência funcional) e 100 (máxima independência funcional), podendo ser aplicada por observação directa ou por entrevista.

O estudo de Dantas et al. (2012) revelou uma evolução claramente positiva no score da SCIM, no decorrer do internamento, de 47 pessoas com LVM submetidos a um programa de reabilitação abrangente no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, avaliada pela SCIM, com uma maior variação verificada ao nível do domínio dos autocuidados.

2. QUADRO CONCEPTUAL

2.1. Teoria do Défice de Autocuidado de Orem

A teoria de Orem é composta por três teorias interligadas: a *Teoria do Autocuidado*, a *Teoria do Défice do Autocuidado* e a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*.

Na Teoria do Autocuidado Orem **define o conceito base da sua teoria, o *Autocuidado*** como o desempenho de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Orem define ainda *Ação de Autocuidado* como a capacidade humana para o indivíduo realizar autocuidado, sendo afectada pelos *factores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, factores do sistema de atendimento de saúde, factores do sistema familiar, padrões de vida, factores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos* (Dorothea Elizabeth Orem, 2001)

Outro conceito definido por Orem é o *Requisito Terapêutico do Autocuidado* como sendo a totalidade de acções de autocuidado que necessitam ser desempenhadas de modo deliberado um determinado tempo para preencher exigências conhecidas de autocuidado (George, 2000).

Orem descreve, ainda, os Requisitos de Autocuidado dividindo-os em três categorias: Universal (associados a processos de vida), Desenvolvimento (associados a alterações que implicam a especialização dos requisitos universais) e Desvio de Saúde (exigido na situação de lesão ou doença) (Dorothea Elizabeth Orem, 2001).

Na Teoria do Défice do Autocuidado Orem **define quando o cuidado de enfermagem é necessário**, no caso de diminuição da capacidade para, ou aumento da exigência, do autocuidado. Para Orem a pessoa tem requisitos de autocuidado e capacidade de autocuidado. Se os requisitos forem superiores à capacidade de autocuidado a pessoa necessita do cuidado de enfermagem (Parker, 2005).

Orem define cinco métodos de ajuda (George, 2000) que poderão ser utilizados: agir ou fazer para outra pessoa; guiar ou orientar; proporcionar apoio físico e psicológico e proporcionar e manter ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem **determina como as necessidades de autocuidado da pessoa são preenchidas pelo enfermeiro**, pela pessoa ou por ambos apresentando três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório (em que a pessoa é totalmente dependente e incapaz de realizar a acção de autocuidado); Sistema parcialmente compensatório (em que o enfermeiro e a pessoa executam em conjunto o cuidado) e Sistema de apoio e educação (em que a pessoa executa mas com supervisão e apoio do enfermeiro, sem o qual é incapaz de realizar) (Parker, 2005). A pessoa com paraplegia pode necessitar de qualquer um destes sistemas em diversas facetas do seu processo de reabilitação sendo que o objectivo último será a mestria na gestão da sua incapacidade e realização do seu autocuidado.

2.2. O EEER e a Promoção do Autocuidado da Pessoa com paraplegia

Os modelos de enfermagem, como representação científica da natureza e forma de ser da profissão estão, pela própria natureza da profissão e características dos seus intervenientes e dos seus múltiplos contextos, em constante mutação, adaptação e reestruturação. Um modelo é apenas tão bom quanto a compreensão e o uso que o enfermeiro faz dele.

O modelo de autocuidado de Orem tem como foco o autocuidado, enfatizando a independência da pessoa na realização do mesmo. O papel do EEER é ajudar a pessoa e a família a responder às suas necessidades de autocuidado, reconhecendo as influências do meio interno (biológicas) e do meio externo (sociais, culturais, económicas, etc.). O objectivo último é a independência da pessoa no seu autocuidado.

O EEER munido do conhecimento das intervenções a executar, avaliando correctamente a pessoa e a família, diagnosticando os défices de autocuidado e instaurando um sistema de enfermagem adequado para preencher as necessidades

de autocuidado, atentando às características pessoais da pessoa e da família e do meio que o rodeia ajuda a pessoa e a família a responder às suas necessidades de autocuidado.

O EEER possui um papel de relevo na equipa multidisciplinar que acompanha o processo de adaptação da pessoa com paraplegia ao seu novo estado, em constante evolução e mutação. Ao ter a visão única da globalidade da pessoa, das suas necessidades do dia-a-dia, tem um papel de educador e facilitador do processo de aprendizagem e motivação para o processo de reabilitação.

3. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

3.1. Problema Geral

Atendendo ao enquadramento efectuado à temática abordada e à sua contextualização, indo de encontro às competências gerais do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação o problema geral é definido como:

Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas?

3.1.1. Problemas Parcelares

Para facilitar a abordagem ao problema geral este foi dividido nos seguintes problemas parcelares:

Quais as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas?

Qual a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas?

Quais as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação da pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas?

Como desenvolver a capacidade de envolver a família no processo de promoção do autocuidado da pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas?

4. PLANEAMENTO

O planeamento iniciou-se com uma estratégia para delinear o presente plano de formação que consistiu, numa primeira fase, numa visita de campo aos locais de estágio para compreender e apreender parte da sua dinâmica, características e adequação para dar resposta aos objectivos de formação. Para estruturar a observação foram elaborados guiões de entrevista e guiões de observação (Apêndice 1 Guiões de Entrevista e de Observação) que delinearão os moldes da visita de campo. As visitas foram extremamente úteis, fornecendo contributos importantes para a realização do projecto e para o desenvolvimento do estágio do 3º semestre.

Concorrentemente com esta primeira fase foi efectuada uma pesquisa estruturada em base de dados electrónica *EBSCOHost*, nas bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*; *Database of Abstracts of Reviews of Effects*; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *MedicLatina*; *NHS Economic Evaluation Database*; utilizando os termos e “*wild cards*”: *nurs**, *spinal cord*, *self-care*, *independen**, *interventions* e *parapleg**. Esta pesquisa foi complementada com pesquisa bibliográfica em livros e publicações da especialidade, tendo os seus principais resultados constituído o enquadramento teórico do presente projecto.

O percurso de estágio realizar-se-á, no período de maior duração, num local que me permitirá dar resposta à problemática definida no presente projecto. Existirá, ainda, um período de menor duração que, não respondendo directamente à área temática escolhida, permitirá desenvolver competências do EEER complementando a minha formação com um leque mais alargado de experiências.

4.1. Objectivos de Formação

Este projecto permitirá efectuar um percurso de aquisição de competências específicas, com vista ao desenvolvimento de prestação de cuidados altamente qualificados e especializados.

Neste sentido, com base nas competências que pretendo adquirir e a desenvolver: Competências de mestre de acordo com os descritores de Dublin para o 2º ciclo (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b), defini os meus objectivos.

4.1.1. Objectivo Geral

Como objectivo geral defini:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com ênfase no cuidado à pessoa com paraplegia por lesão medular, na fase de sequelas.

4.1.2. Objectivos Específicos

Para definir os objectivos específicos, atendendo à natureza dos diferentes campos de estágios, optei por os dividir em três categorias. São elas: Objectivos Específicos Comuns (OA), que correspondem aos objectivos comuns a ambos os locais de estágio; Objectivos Específicos Área Temática (OB), que correspondem aos objectivos aplicáveis ao período de estágio maior e respectivo local de estágio onde será abordada e aprofundada a área temática; e Objectivos Específicos Complementares (OC), que correspondem aos objectivos aplicáveis ao período de estágio menor e respectivo local de estágio onde serão desenvolvidas competências de enfermagem de reabilitação não focadas na abordagem à área temática.

De salientar que esta divisão não é inteiramente estanque, sendo que poderão ocorrer oportunidades de desenvolver actividades referentes a qualquer um dos objectivos em qualquer dos campos de estágio, embora tal não seja expectável.

Os objectivos específicos definidos são os seguintes:

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS COMUNS (OA)

- OA.1** Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.
- OA.2** Desenvolver competências especializadas na comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e família.
- OA.3** Realizar uma análise crítica e construtiva, relativamente ao processo de ensino e aprendizagem, através de um relatório de estágio relativo à aprendizagem desenvolvida ao longo do período de estágio.

Objectivos Específicos Área temática (OB)

- OB.1** Identificar os défices de autocuidado na pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas.
- OB.2** Planear cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas.
- OB.3** Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado à pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas, envolvendo a família.
- OB.4** Promover a participação e integração social activa da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas.

Objectivos Específicos Complementares (OC)

- OC.1** Desenvolver conhecimentos específicos sobre reabilitação funcional respiratória.
- OC.2** Desenvolver plano de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.
- OC.3** Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.

4.2. Justificação da Escolha Locais de estágio

No seguimento do que seria a minha área temática, abordada neste projecto, a escolha lógica para estágio de maior duração recaiu sobre um Centro de Medicina de Reabilitação de Adultos (CMRA).

No sentido de alargar as competências adquiridas, abordando a área da reeducação funcional respiratória, a escolha do local onde realizar o estágio de menor duração recaiu sobre um Departamento de Reeducação Funcional Respiratória (DRFR).

Como já foi referido, foi realizada uma visita de campo aos locais de estágio por forma a possibilitar o conhecimento dos mesmos e a sua adequação aos objectivos em desenvolvimento, já delineados, permitindo, simultaneamente, uma reconstrução dos objectivos finais de estágio mais próxima da realidade que irei encontrar.

4.2.1. Centro de Medicina de Reabilitação de Adultos

Na área temática escolhida, a pessoa com paraplegia por LVM em fase de sequelas, o CMRA era a escolha, na minha óptica, óbvia para a abordagem, possuindo largos anos de experiência na capacitação de pessoas para o autocuidado, nas suas múltiplas vertentes.

Este Centro de Medicina de Reabilitação de Adultos é a instituição de referência a nível nacional na reabilitação física, em particular no caso de lesões medulares. Com cerca de 40 anos de história ele foi o berço da enfermagem de reabilitação em Portugal (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2012).

O CMRA recebe pessoas com deficiência e potencial de reabilitação de qualquer ponto do país, estando vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência física, tanto congénita como adquirida, de qualquer idade (SCML, 2012).

Ao longo da sua história tem vindo a desenvolver novas tecnologias, inseridas em novas áreas de apoio ao diagnóstico, tratamento e reabilitação (SCML, 2012).

O CMRA, pelas suas características, possui equipas com alta especialidade e especificidade, com elevada diferenciação, tanto técnica como humana (SCML, 2012).

O objectivo último do centro é capacitar a pessoa com o máximo de independência, devolvendo-lhe autonomia, dignidade e auto-estima, ajudando a integrar a pessoa com deficiência (SCML, 2012).

Dentro do CMRA, o Piso 1 – Ala Direita era, tradicionalmente, um serviço destinado a adultos, de ambos os sexos, com mais de 18 anos, com lesão medular em fase de sequelas. Este foi o motivo pelo qual foi escolhido. Actualmente por alteração na prevalência de patologias no panorama nacional o serviço recebe também pessoas em recuperação após acidente vascular cerebral (AVC). Não sendo o alvo da temática escolhida, vai permitir desenvolver competências adicionais às definidas neste projecto e permitir associar a avaliação e intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado em pessoas com outro tipo de deficiência/patologia.

4.2.2. Departamento de Reeducação Funcional Respiratória

O DRFR está vocacionado na reabilitação de pessoas com afecções do foro respiratório com indicação para reeducação funcional respiratória. Recebe pessoas encaminhadas de consulta médicas, passando pela consulta de pneumologia e realiza apoio aos outros serviços da instituição. O planeamento do programa de reabilitação é estabelecido em equipa com o pneumologista do serviço e executado pelo EEER, incluindo treino de reeducação no esforço, em ginásio, e de utilização de dispositivos auxiliares/ajuda.

4.3. Planeamento de Actividades

No Apêndice 3 Competências, Objectivos, Actividades e Critérios de Avaliação, estão definidos os Objectivos Específicos, as Actividades a executar para lhes dar resposta, as Competências que são desenvolvidas em cada Objectivo Específico e os respectivos critérios de avaliação.

No Apêndice 4 Cronograma de Objectivos Específicos, está patente a representação gráfica do planeamento temporal de implementação e execução dos Objectivos.

4.4. Metodologia de Avaliação

O principal método de avaliação será a auto-avaliação que decorrerá simultaneamente com a persecução da execução do estágio a que este projecto de formação se destina.

Nesta avaliação tentarei responder aos critérios e indicadores definidos no Apêndice 2 Actividades e Critérios de Avaliação, sendo que caso não estejam respondidos será feita uma reavaliação da minha prestação e do próprio projecto de estágio por forma a dar continuidade e conclusão positiva ao mesmo.

Decorrerá, simultaneamente, avaliação formativa pelo enfermeiro orientador, no sentido de construção de conhecimento e desenvolvimento profissional.

Irà decorrer também avaliação formativa, ao longo do estágio, com o professor orientador, em intervalos a determinar e acordar com o próprio.

É preconizado um momento formal de avaliação, no final do estágio, que corresponde à elaboração e apresentação do relatório de estágio. O relatório de estágio terá o seu início coincidente com o início do estágio e a sua construção será acompanhada pelo desenrolar do mesmo. Estará sujeito a avaliações formativas intermédias pelo enfermeiro orientador, tendo como objectivo último a discussão pública para obtenção do grau de mestre em enfermagem de reabilitação.

As datas previstas para o desenrolar do relatório final estão patentes no Apêndice 4 Cronograma de Objectivos Específicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projecto apoia-se numa pesquisa abrangente, que revelou a dificuldade em encontrar evidência científica sobre a intervenção específica de enfermagem de reabilitação na melhoria do autocuidado à pessoa paraplégica. Na realidade, a literatura aborda, sobretudo a nível internacional, áreas cinzentas da actuação de enfermagem de reabilitação e de vários outros grupos profissionais.

Este projecto resulta uma reflexão profunda sobre o meu percurso profissional e desenvolvimento académico até ao momento, tendo definido objectivos e delineado o percurso a percorrer para responder e concretizar esses mesmos objectivos. O projecto facilitará, estruturando, a minha aprendizagem futura e a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista, em especial, ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Nesta fase inicial é difícil definir quais as limitações e constrangimentos que se irão impor aquando da implementação deste projecto de formação.

Numa perspectiva prospectiva, resultado de experiências anteriores, a gestão do tempo poderá revelar-se a maior barreira à boa prossecução do planeado no presente projecto. As inúmeras exigências laborais e pessoais a que estou sujeito, acrescidas das exigências que poderão existir no local de estágio poderão dificultar a sua execução. No sentido de debelar essa limitação insere-se o cronograma, parte integrante deste projecto, como ferramenta de gestão temporal. Recorrendo ao uso desse guia e reajustando-a à medida dos contratempos encontrados poderá ser possível ultrapassar esta limitação.

O projecto de formação e a sua execução e avaliação estarão sempre limitados pelo potencial temporal, geográfico e populacional, como já apontado anteriormente. Estas são limitações pré-assumidas, representando apenas uma limitação da abrangência global do trabalho e não da impossibilidade da realização do mesmo.

A limitação temporal impossibilitou uma investigação mais profunda da produção científica em torno da temática escolhida pelo que se reconhece que mais conhecimento, cientificamente validado, sobre o assunto possa existir e não tenha sido referenciado e utilizado no decorrer da construção deste projecto de formação.

O caminho traçado é um reflexo directo das minhas expectativas e, como tal, sujeito a constante mutação e transformação no decorrer do contacto com os locais de estágio, pretendendo ser uma ferramenta dinâmica, potencializadora de aprendizagens e não limitadora. Como tal deve ser encarado como uma ferramenta plástica e mutável, em constante adaptação à realidade que for encontrando e a mim próprio à medida que vou alterando o meu agir e a minha percepção dessa mesma realidade.

Apresentei aqui o meu futuro percurso de desenvolvimento espectável, deixando em aberto a possibilidade de alteração e melhoria do desenho de formação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, K., Aito, S., Atkins, M., Biering-Sørensen, F., Charlifue, S., Curt, A., ... Savic, G. (2008). Functional Recovery Measures for Spinal Cord Injury: An Evidence-Based Review for Clinical Practice and Research. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31, 133–144. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2578796/>
- Andrade, M. J., & Gonçalves, S. (2007). Lesão Medular Traumática: Recuperação Neurológica e Funcional. *Acta Med Port*, 20, 401–406.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (p. 294). Coimbra: Quarteto Editora.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros (p. 326). Loures: Lusodidacta.
- Cuapio, M. A. B., Corral, S. H., Jiménez, M. A. G., & Ángeles, A. A. (2011). Nivel de independencia del paciente con lesión medular y su relación con las intervenciones de enfermería. *Enfermería Neurológica*, 10(2), 77–80. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112e.pdf>
- Dantas, D., Amaro, J., Silva, P., & Margalho, P. (2012). Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 22(2), 20–27. Disponível em: <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/9/9>
- Delisa, J. A. (2001). Tratado de Medicina de Reabilitação (3a ed., p. 1975). Porto Alegre: Manole.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2012). Acedido em 09/06/2013, Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=projecto>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores Dublin. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Acedido em 26/06/2013, Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Ditunno, J. F., Young, W., Donovan, W. H., & Creasey, G. (1994). The international standards booklet for neurological and functional classification of spinal cord injury. *International Medical Society of Paraplegia*, 32(2), 70–80. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8015848>

- Dunn, J., Sinnott, K. A., Nunnerley, J., & Scheuringer, M. (2009). Utilisation of patient perspective to validate clinical measures of outcome following spinal cord injury. *Disability and rehabilitation*, 31(12), 967–75. doi:10.1080/09638280802358407
- Fries, J. M. (2005). Critical rehabilitation of the patient with spinal cord injury. *Critical care nursing quarterly*, 28(2), 179–87. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875447>
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4a ed., p. 375). Porto Alegre: ArtMed.
- Glässer, A., Rauch, A., Selb, M., Emmenegger, K., Lückenkemper, M., & Escorpizo, R. (2012). A case study on the application of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)-based tools for vocational rehabilitation in spinal cord injury. *Work* (Reading, Mass.), 41(4), 465–74. doi:10.3233/WOR-2012-1310
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2a ed., p. 787). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hoffman, L. R., & Field-Fote, E. C. (2007). Cortical reorganization following bimanual training and somatosensory stimulation in cervical spinal cord injury: a case report. *Physical therapy*, 87(2), 208–23. doi:10.2522/ptj.20050365
- International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis. (2004). *Global Summary of Spinal Cord Injury, Incidence and Economic Impact*. Rick Hansen Spinal Cord Injury Registry. Acedido em 25/06/2013, Disponível em: <http://sci-bc-database.ca/wp-content/uploads/SCI-Facts-and-Stats-2005.pdf>
- Kirshblum, S. C., Waring, W., Biering-Sorensen, F., Burns, S. P., Johansen, M., Schmidt-Read, M., ... Krassioukov, A. (2011). Reference for the 2011 revision of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. *The journal of spinal cord medicine*, 34(6), 547–54. doi:10.1179/107902611X13186000420242
- Labruyère, R., Agarwala, A., & Curt, A. (2010). Rehabilitation in spine and spinal cord trauma. *Spine*, 35(21), 259–262. doi:10.1097/BRS.0b013e3181f1a979
- Lim, P. A. C., & Tow, A. M. (2007). Recovery and Regeneration after Spinal Cord Injury: A Review and Summary of Recent Literature. *Annals Of The Academy Of Medicine*, 36(1), 49–57. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17285186>
- Marino, R. J. (2007). Domains of outcomes in spinal cord injury for clinical trials to improve neurological function. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(1), 113. doi:10.1682/JRRD.2005.08.0138

- Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. F., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries - Epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord*, 36, 574–578. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=20e5b226-bfda-4661-a737-df93a765abcf@sessionmgr15&vid=1&hid=23>
- Meneguessi, G. M., Teixeira, J. P. D. S., Jesus, C. A. C. de C. A. C. de, Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2012). Reabilitação na Lesão Medular: Reflexão sobre Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. *Journal of Nursing*, 6(12), 3006–3012. doi:10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201218
- Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2012). Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular (p. 37). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas: Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. *Cadernos O.E.*, 1(2), 370.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 05/06/2013, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 05/06/2013, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6a ed., p. 542). St. Louis: Mosby – Year Book.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (p. 238). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Padilha, J. M. dos S. (2001). *Enfermagem em Neurologia* (1a ed., p. 220). Coimbra: Formasau.
- Parker, M. E. (2005). *Nursing Theories & Nursing Practice* (2a ed., p. 409). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da enfermagem* (1a ed., p. 105). Coimbra: Formasau.
- Ruivo, M. A. G., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. *Persursos*, 15, 37. Disponível em:
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2012). *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão - Excelência em Reabilitação*. Livreto informativo. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Saunders, L. L., Krause, J. S., Peters, B. A., & Reed, K. S. (2010). The Relationship of Pressure Ulcers, Race, and Socioeconomic Conditions After Spinal Cord Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 33(4), 387–395. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2964027/>
- Segal, M. E., Ditunno, J. F., & Staas, W. E. (1993). Interinstitutional agreement of individual functional independence measure (FIM) items measured at two sites on one sample of SCI patients. *Paraplegia*, 31(10), 622–31. doi:10.1038/sc.1993.101
- Silva, G. A. da, Schoeller, S. D., Gelbcke, F. L., Carvalho, Z. M. F. de, & Silva, E. M. de J. P. da. (2012). Avaliação Funcional de Pessoas com Lesão Medular: Utilização da Escala de Independência Funcional - MIF. *Texto Contexto Enferm.*, 21(4), 929–936. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/25.pdf>
- Stiens, S. a., Kirshblum, S. C., Groah, S. L., McKinley, W. O., & Gittler, M. S. (2002). 4. Optimal participation in life after spinal cord injury: Physical, psychosocial, and economic reintegration into the environment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(March), S72–S81. doi:10.1053/apmr.2002.32178
- Tooth, L., McKenna, K., & Geraghty, T. (2003). Rehabilitation outcomes in traumatic spinal cord injury in Australia: functional status, length of stay and discharge setting. *Spinal cord*, 41(4), 220–30. doi:10.1038/sj.sc.3101433
- Vasiliadis, A. V. (2012). Epidemiology map of traumatic spinal cord injuries: A global overview. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 335–347. Disponível em:
http://www.academia.edu/1874919/Epidemiology_map_of_traumatic_spinal_cord_injuries_A_global_overview
- World Health Organization. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF* (p. 23). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Acedido em 28/06/2013, Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

APÊNDICE 2

Guiões de Entrevista e de Observação

ÁREA FUNCIONAL RESPIRATÓRIA – GUIÃO DE ENTREVISTA AO ENFERMEIRO(A) CHEFE

Área Funcional Respiratória
Instituição:
DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (DRFR)
Duração estágio Observação / Estágio:
30 DE ABRIL DE 2013 E 02 DE MAIO DE 2013 / 6 DE JANEIRO DE 2014 A 14 DE FEVEREIRO DE 2014 (7 SEMANAS)
Guião de Entrevista ao Enfermeiro(a) Chefe
A. Caracterização do Serviço
A.1 – Quais são os objetivos do DRFR?
Pontos Guia: História, Finalidade
A.1.1 – Qual a área geográfica de abrangência do serviço?
A.1.2 – Qual a porta de entrada dos utentes a este serviço?
A.1.3 – Como é a estatística do serviço (número de atendimentos)?
A.1.4 – Qual a interligação com outros serviços, intra-hospitalares, inter-hospitalares e comunidade?
B. Caracterização dos Utes
B.1 – Qual o género, faixa etária, grau de alfabetização e estrato socioeconómico mais frequente das pessoas internadas?
Pontos Guia: Diagnósticos/Patologias mais comuns; Programas de Reabilitação Estabelecidos
B.1.1 – Quais as situações mais comuns encontradas no DRFR?
B.1.2 – Quais as patologias de entrada e provável evolução/encaminhamento?
B.1.3 – Quais os critérios de admissão?
C. Gestão dos Recursos Humanos
C.1 – Como é constituída a Equipa de Enfermagem?
Pontos Guia: Constituição e Dinâmica da equipa, Gestão dos Recursos humanos
C.1.1 – Quantos enfermeiros (especialistas)?
C.1.2 – Qual o horário praticado?
C.1.3 – Como é feita a distribuição dos Enfermeiros?
C.1.4 – Quais os outros elementos da equipa (inter ou multidisciplinar)?
D. Gestão dos Cuidados
D.1 – Qual o modelo e método de trabalho implementado na equipa de enfermagem?
Pontos Guia: modelo teórico, método de trabalho, atribuições, responsabilidade
D.1.2 - Existem Normas/Protocolos no Serviço relacionados com a reabilitação?
E. Gestão dos Recursos Materiais
E.1 – Que material específico possui o DRFR?
Pontos Guia: material, formação específica, necessidades
E.1.1 – Existe ou existiu formação específico no uso de algum material (Reciclagem)?
E.1.2 – Quais as necessidades materiais sentidas pelo DRFR?
F. Expectativas do Serviço
F.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente?
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações
F.1.1 – O DRFR tem projetos em estudo e/ou implementação?

ÁREA FUNCIONAL RESPIRATÓRIA – GUIÃO DE ENTREVISTA AO ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA

Área Funcional Respiratória	
Instituição:	
Serviço:	DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (DRFR)
Duração estágio Observação / Estágio:	30 DE ABRIL DE 2013 E 02 DE MAIO DE 2013 / 6 DE JANEIRO DE 2014 A 14 DE FEVEREIRO DE 2014 (7 SEMANAS)

Guião de Entrevista ao Enfermeiro(a) Especialista	
A. Gestão dos Cuidados	
A.1 – Qual o papel do EEER no DRFR?	
A.2 – Como é articulado o trabalho do EEER e os outros profissionais da equipa multidisciplinar?	
A.3 – Como é planeado o seu trabalho? (Influência de algum modelo teórico?)	
A.4 – Como é definido o plano de reabilitação para cada utente?	
A.5 – Como são estabelecidos os programas de reabilitação?	
Pontos Guia: 8 a 12 semanas / 2 a 3x por semana / encaminhamento posterior / articulação com a comunidade	
A.7 – Existe articulação entre EEER e cuidados na comunidade/outras instituições? (plano de reabilitação continuado após a alta?)	
A.8 – Como é integrada a família/amigos/comunidade no processo de reabilitação?	
A.9 – Existe Enf.º de referência? (Durante e após alta?)	
A.10 – Tem algum projeto a decorrer ou em estudo relacionado com a Reabilitação?	
B. Gestão dos Recursos Humanos	
B.1 – O EEER participa ativamente na gestão/organização da equipa/cuidados? Como?	
C. Gestão dos Recursos Materiais	
C.1 – Que material específico possui o DRFR?	
Pontos Guia: material, formação específica, necessidades	
C.1.1 – Existe ou existiu formação específico no uso de algum material (Reciclagem)?	
C.1.2 – Quais as necessidades materiais sentidas pelo DRFR?	
D. Expectativas do Serviço	
D.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente?	
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações	
D.1.1 – O DRFR tem projetos em estudo e/ou implementação?	

ÁREA FUNCIONAL RESPIRATÓRIA – GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Área Funcional Respiratória	
Instituição:	
Serviço:	
DEPARTAMENTO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (DRFR)	
Duração estágio Observação / Estágio:	
30 DE ABRIL DE 2013 E 02 DE MAIO DE 2013 / 6 DE JANEIRO DE 2014 A 14 DE FEVEREIRO DE 2014 (7 SEMANAS)	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Fax:	
Email:	

Enfermeiro(a) Chefe:	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Fax:	
Email:	

Enfermeiro(a) Especialista:	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Fax:	
Email:	

Guião de Observação	
PARÂMETRO A OBSERVAR:	Observado:
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) CHEFE	
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM GENERALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
DINÂMICA DE RELAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	
DINÂMICA DE RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
GESTÃO DOS RECURSO MATERIAIS	
INTEGRAÇÃO DO UTENTE NOS CUIDADOS	
MOTIVAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE ESPECTATIVAS DO UTENTE	
INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA/AMIGOS/COMUNIDADE NO PLANO DE REABILITAÇÃO	
EXPERIÊNCIA PESSOAL/TESTEMUNHO DOS UTENTES	

ÁREA SENSORIOMOTORA – GUIÃO DE ENTREVISTA AO ENFERMEIRO(A) CHEFE

Área Sensoriomotora	
Instituição:	
Serviço:	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS PISO 1 ALA DIREITA
Duração estágio Observação / Estágio:	04 A 06 DE JUNHO DE 2013 / 1 DE OUTUBRO DE 2013 A 20 DE DEZEMBRO DE 2013 (12 SEMANAS)

Guião de Entrevista ao Enfermeiro(a) Chefe	
A. Caracterização do Serviço	
A.1 – Quais são os objetivos do Centro de Reabilitação de Adultos (CMRA)?	
Pontos Guia: História, Finalidade	
A.1.1 – Qual a área geográfica de abrangência do serviço?	
A.1.2 – Qual a porta de entrada dos utentes a este serviço?	
A.1.3 – Qual o número de vagas e sua afetação?	
A.1.4 – Como é a estatística do serviço (taxa de ocupação/tempo demora média)?	
A.1.5 – Qual a interligação com outros serviços, intra-hospitalares, inter-hospitalares e comunidade?	
B. Caracterização dos Utes	
B.1 – Qual o género, faixa etária, grau de alfabetização e estrato socioeconómico mais frequente das pessoas internadas?	
Pontos Guia: Diagnósticos/Patologias mais comuns; Programas de Reabilitação Estabelecidos	
B.1.1 – Quais as situações mais comuns encontradas no CMRA?	
B.1.2 – Quais as patologias de entrada e provável evolução/encaminhamento?	
B.1.3 – Quais os critérios de admissão?	
C. Gestão dos Recursos Humanos	
C.1 – Como é constituída a Equipa de Enfermagem?	
Pontos Guia: Constituição e Dinâmica da equipa, Gestão dos Recursos humanos	
C.1.1 – Quantos enfermeiros (generalistas/especialistas/especialidade)?	
C.1.2 – Qual o horário praticado?	
C.1.3 – Como é feita a distribuição dos Enfermeiros?	
C.1.4 – Qual é o rácio médio enfermeiro/utente?	
C.1.5 – Quais os outros elementos da equipa (inter ou multidisciplinar)?	
D. Gestão dos Cuidados	
D.1 – Qual o modelo e método de trabalho implementado na equipa de enfermagem?	
Pontos Guia: modelo teórico, método de trabalho, atribuições, responsabilidade	
D.1.1 – Quais as atribuições, nos diferentes papéis de generalista e especialista?	
D.1.2 - Existem Normas/Protocolos no Serviço relacionados com a reabilitação (especificamente na área de enfermagem)?	
E. Gestão dos Recursos Materiais	
E.1 – Que material específico possui o CMRA?	
Pontos Guia: material, formação específica, necessidades	
E.1.1 – Existe ou existiu formação específico no uso de algum material (Reciclagem)?	
E.1.2 – Quais as necessidades materiais sentidas pelo CMRA?	
F. Expectativas do Serviço	
F.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente?	
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações	
F.1.1 – O CMRA tem projetos em estudo e/ou implementação?	

ÁREA SENSORIOMOTORA – GUIÃO DE ENTREVISTA AO ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA

Área Sensoriomotora	
Instituição:	
Serviço:	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS PISO 1 ALA DIREITA
Duração estágio Observação / Estágio:	04 A 06 DE JUNHO DE 2013 / 1 DE OUTUBRO DE 2013 A 20 DE DEZEMBRO DE 2013 (12 SEMANAS)

Guião de Entrevista ao Enfermeiro(a) Especialista	
A. Gestão dos Cuidados	
A.1 – Qual o papel do EEER no CMRA? (Desempenha cuidados generalistas?)	
A.2 – Como é articulado o trabalho do EEER e os outros profissionais da equipa multidisciplinar?	
A.3 – Como é planeado o seu trabalho? (Influência de algum modelo teórico?)	
A.4 – Como é definido o plano de reabilitação para cada utente?	
A.5 – Como são estabelecidos os programas de reabilitação?	
Pontos Guia: 8 a 12 semanas / 2 a 3x por semana / encaminhamento posterior / articulação com a comunidade	
A.7 – Existe articulação entre EEER e cuidados na comunidade/outras instituições? (plano de reabilitação continuado após a alta?)	
A.8 – Como é integrada a família/amigos/comunidade no processo de reabilitação?	
A.9 – Existe Enf.º de referência? (Durante e após alta?)	
A.10 – Tem algum projeto a decorrer ou em estudo relacionado com a Reabilitação?	
B. Gestão dos Recursos Humanos	
B.1 – O EEER participa ativamente na gestão/organização da equipa/cuidados? Como?	
C. Gestão dos Recursos Materiais	
C.1 – Que material específico possui o CMRA?	
Pontos Guia: material, formação específica, necessidades	
C.1.1 – Existe ou existiu formação específico no uso de algum material (Reciclagem)?	
C.1.2 – Quais as necessidades materiais sentidas pelo CMRA?	
D. Expectativas do Serviço	
D.1 – Quais os desafios que se apresentam diariamente?	
Pontos Guia: Dificuldades e constrangimentos económicos, físicos, institucionais, de dinâmica de equipa, pessoais, projetos e limitações	
D.1.1 – O CMRA tem projetos em estudo e/ou implementação?	

ÁREA SENSORIOMOTORA – GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Área Sensoriomotora	
Instituição:	
Serviço:	
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS PISO 1 ALA DIREITA	
Duração estágio Observação / Estágio:	
04 A 06 DE JUNHO DE 2013 / 1 DE OUTUBRO DE 2013 A 20 DE DEZEMBRO DE 2013 (12 SEMANAS)	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Fax:	
Email:	

Enfermeiro(a) Chefe:	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Fax:	
Email:	

Enfermeiro(a) Especialista:	
Contactos	
Telefone:	
Telemóvel:	
Fax:	
Email:	

Guião de Observação	
PARÂMETRO A OBSERVAR:	Observado:
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) CHEFE	
GESTÃO DOS CUIDADOS PELO(A) ENFERMEIRO(A) ESPECIALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM GENERALISTA	
DINÂMICA DE CUIDADOS ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	
DINÂMICA DE RELAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	
DINÂMICA DE RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR	
GESTÃO DOS RECURSO MATERIAIS	
INTEGRAÇÃO DO UTENTE NOS CUIDADOS	
MOTIVAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE ESPECTATIVAS DO UTENTE	
INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA/AMIGOS/COMUNIDADE NO PLANO DE REABILITAÇÃO	
EXPERIÊNCIA PESSOAL/TESTEMUNHO DOS UTENTES	

APÊNDICE 3

Cronograma de Objectivos Planeados em Projecto De Formação

Ano	2013														2014										
Mês	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro						
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	-	-	13	14	15	16	17	18	19	20			
Dias	01-06	07-13	14-20	21-27	28-03	04-10	11-17	18-22	25-01	02-08	09-15	16-22	23-29	30-05	06-12	13-19	20-26	27-02	03-09	10-16	17-23	24-02			
Local de Estágio	CMRA AVD's Centro de Medicina de Reabilitação (CMRA) - Piso 1, Ala Direita												Férias Natal		Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória										
Objectivos															Férias de Natal										
OA.1																									
OA.2																									
OA.3																									
OB.1																									
OB.2																									
OB.3																									
OB.4																									
OC.1																									
OC.2																									
OC.3																									

APÊNDICE 4

Competências, Objectivos, Actividades e

CrITÉrios de AvaliaÇão Planeados em

Projecto De FormaÇão

Objectivo Específico Comum (OA)	OA.1 Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de visita aos locais de estágio. Realização de reunião e entrevista informal com enfermeiro(a) chefe e EEER orientador, aplicando guiões de entrevista. Identificação da estrutura física de cada serviço. Identificação dos recursos materiais e pessoais de cada serviço. Reconhecimento da estrutura organizacional na sua vertente macro (integração com o SNS - instituição) e micro (serviço). Compreensão da dinâmica organizacional e interligação de serviços e profissionais de diferentes áreas. 	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respectiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem incluindo enfermeiro chefe. <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Guiões de Entrevista e de Observação (Consultar Apêndice 1 – Guiões de Entrevista e de Observação). Guias de integração e acolhimento. Manual de Normas e protocolos. <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Locais de Estágio. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos. 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar visita aos locais de estágio. Realizar reunião e entrevista informal com enfermeiro(a) chefe e EEER orientador, aplicando guiões de entrevista. Identificar a estrutura física, os recursos materiais e pessoais de cada serviço. Identificar a dinâmica do serviço nas suas vertentes: estrutural, funcional e organizacional. Compreender a estrutura organizacional. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades realizadas me permitiram conhecer e integrar a dinâmica do serviço e equipa, na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.</p>

Objectivo Específico Comum (OA)	OA.2 Desenvolver competências especializadas na comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e família.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação adaptada às especificidades da pessoa e família, respeitando as suas necessidades de comunicação, na base da relação terapêutica. • Estabelecimento de relação terapêutica, profissional, com objectivos estabelecidos e conhecidos em plano de reabilitação. 	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respectiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem incluindo enfermeiro chefe. <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamento de apoio para pessoa e família (Bloco de notas, folhetos do serviço, objectos, etc.) <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Locais de Estágio. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos. 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar linguagem adaptada à pessoa e família, que eles compreendem. • Estabelecer comunicação efectiva, com compreensão mútua e objectivos mútuos. • Criar relação terapêutica, como meio de desenvolvimento de plano de reabilitação. <hr/> <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram desenvolver competências especializadas na comunicação e estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa e família.</p>

Objectivo Específico Comum (OA)	OA.3 Realizar uma análise crítica e construtiva, relativamente ao processo de ensino e aprendizagem, através de um relatório de estágio relativo à aprendizagem desenvolvida ao longo do período de estágio.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de reflexão crítica diária discutindo com o EEER orientador. Reflexão crítica e construtiva recorrendo a diários de aprendizagem, com periodicidade semanal. Discussão dos diários de aprendizagem com o EEER orientador e com o professor orientador. Elaboração de Relatório de estágio, com desenvolvimento no decorrer do estágio, reflexo do mesmo. 	<p><u>HUMANOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respectiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem incluindo enfermeiro chefe. Professor Orientador. <p><u>MATERIAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Material de escrita e papel, computador, bases de dados científicos digitais, recursos bibliográficos físicos. Diários de aprendizagem. <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Locais de Estágio. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos. 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Reunir com o EEER orientador diariamente e com o professor orientador periodicamente, discutindo as reflexões e as aprendizagens realizadas. Reflectir criticamente e construtivamente no meu processo de aprendizagem. Desenvolver e elabora diários de aprendizagem, reflexo da minha prática e reflexo da minha reflexão crítica, com base no pensamento reflexivo. Elaborar diário de aprendizagem como sumula do processo de desenvolvimento de competências específicas em contexto prático, através de análise crítica das mesmas, utilizando pensamento reflexivo. Elaborar relatório de estágio com base nas aprendizagens realizadas. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram uma análise crítica e construtiva relativamente ao meu processo de ensino e aprendizagem.</p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram desenvolver o meu relatório de estágio, de acordo com a aprendizagem desenvolvida.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OB)	OB.1 Identificar os défices de autocuidado na pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o risco de alteração de funcionalidade aos diversos níveis. • Recolher informação necessária à identificação às limitações da pessoa. • Identificação dos défices de autocuidado e a sua percepção pela pessoa e família. • Utilização de escalas adequadas. • Avaliação correcta da pessoa, família e contexto/ambiente recorrendo a observação clínica especializada e metodologia científica e validada. • Desenho de plano de enfermagem de reabilitação individualizado, promovendo a integração da pessoa e família, com respeito pela sua autonomia e individualidade, e da equipa multidisciplinar. • Estabelecimento de metas realistas de acordo a pessoa e a família. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respectiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação em uso no serviço, guiões de observação e recolha de informação. • Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Medicina de Reabilitação de Adultos (CMRA). <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos. 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar défices de autocuidado da pessoa com paraplegia. • Avaliar a percepção da pessoa e família sobre os seus défices de autocuidado. • Ter conhecimento de existência de escalas e utilizá-las adequadamente. • Avaliar a pessoa e família, incluindo os contextos presentes e previsíveis utilizando escalas validadas, em uso no serviço. • Desenhar plano de reabilitação promovendo a integração da pessoa e família, respeitando a sua autonomia e individualidade. • Promover a integração da equipa no desenho do planeamento. • Estabelecer metas realistas em conjunto com a pessoa e a família. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram identificar défices de autocuidado e desenvolver um planeamento de enfermagem de reabilitação global, envolvendo os vários intervenientes no processo.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OB)	OB.2 Planear cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado da pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de plano de cuidados especializados e individualizados. • Execução de planeamento de acordo com a pessoa de intervenções que visam a redução das alterações de funcionalidade promovendo o autocuidado. • Integração dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global, multidisciplinar. • Prestação de cuidados, nas diferentes áreas de défice de autocuidado identificadas, enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, de acordo com a avaliação efectuada. • Integração da pessoa e família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual (pessoa/família) visando a promoção do autocuidado. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respectiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). • Equipamentos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • CMRA. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos. 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar os cuidados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global. • Definir um plano de cuidados especializados de acordo com o utente e a família • Prestar cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, nas diferentes áreas de défice de autocuidado identificadas. • Integrar a pessoa e a família no cuidar, capacitando-os para o mesmo, promovendo o autocuidado. • Aprofundar e desenvolver técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com défice neuro-motor. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas me permitiram prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em plano de reabilitação global, à pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OB)	OB.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que promovam o autocuidado à pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas, envolvendo a família.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de plano de cuidados especializados e individualizados. • Execução, com a pessoa e família, de intervenções que visem a redução das alterações de funcionalidade promovendo o autocuidado. • Incentivação da pessoa e família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual (pessoa/família) visando a promoção do autocuidado. • Demonstração de técnicas à pessoa e família como forma de promoção do autocuidado. • Realização de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com défice neuro-motor, englobadas no planeamento, aprofundando-as e desenvolvendo-as com o apoio do EEER orientador. • Adequação da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respectiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). • Equipamentos de apoio disponíveis no serviço. <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • CMRA. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos. 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar do plano de cuidado • Executar intervenções especializadas de acordo com o utente e a família. • Prestar cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, nas diferentes áreas de défice de autocuidado identificadas. • Desenvolver técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com défice neuro-motor. • Demonstrar conhecimento sobre técnicas de promoção do autocuidado. • Aprofundar e desenvolver técnicas específicas de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa com défice neuro-motor. • Adequar a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa e sua família. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas me permitiram prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, integrados em plano de reabilitação global, à pessoa com défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OB)	OB.4 Promover a participação e integração social activa da pessoa défice neuro-motor, com ênfase na pessoa com paraplegia por lesão vertebro-medular em fase de sequelas.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de ensino, demonstração e treino das técnicas específicas de readaptação às actividades de vida diária à pessoa e família. Demonstração da utilização de produtos de apoio e utilizá-los em conjunto com a pessoa e família. Obtenção da validação do ensino, demonstração e utilização dos diferentes equipamentos e técnicas, através da demonstração e explicação por parte da pessoa e família. Identificação, em conjunto com a pessoa e família, possíveis barreiras arquitectónicas na comunidade desenvolvendo estratégias para as ultrapassar. Avaliação e identificação recursos disponíveis na comunidade, enquadrados na legislação vigente, que possibilitem a integração social da pessoa. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respectiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamentos disponíveis no serviço. Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> CMRA. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar o ensino através de demonstração e treino das técnicas específicas na área de enfermagem de reabilitação e utilizar produtos de apoio, na readaptação às actividades de vida diária. Validar o ensino de enfermagem de reabilitação junto da pessoa e família pedindo a confirmação da informação e da execução da técnica. Identificar barreiras arquitectónicas e recursos na comunidade, dentro do quadro legal aplicável. <p><u>Critérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas promoveram o autocuidado, incrementando ou desenvolvendo a participação e integração social da pessoa com défice neuro-motor, em especial na pessoa com paraplegia por lesão vértebro-medular.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OC)	OC.1 Desenvolver conhecimentos sobre enfermagem de reabilitação na área funcional respiratória.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa em fontes de conhecimento científico. Realização de pesquisa sobre funções cardio-respiratória e motora. Implementação de conhecimento adquirido com apoio do EEER orientador. Implementação técnicas de reabilitação funcional respiratória. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respectiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamentos disponíveis no serviço. Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR). <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar pesquisa em fontes de conhecimento científico. Implementar dos conhecimentos adquiridos. Utilizar de técnicas adequadas em situações de necessidade de reabilitação funcional respiratória. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram desenvolver conhecimentos sobre enfermagem de reabilitação na área funcional respiratória.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OC)	OC.2- Desenvolver planos de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos problemas e necessidades da pessoa com patologia do foro respiratório que condicionem a necessidade de reabilitação funcional respiratória. Elaboração de plano de cuidados especializados e individualizados. Execução de planeamento, de acordo com a pessoa e a família, de técnicas a utilizar de forma a melhorar o desempenho cardio-respiratório de acordo com os seus objectivos individuais. Integração dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global, multidisciplinar. Integração da pessoa e família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual (pessoa/família). Integração de sessões de treino de resistência ao esforço no planeamento de reeducação funcional respiratória global. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Utentes do Serviço e respectiva família. Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamentos disponíveis no serviço. Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> DRFR. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar os problemas e necessidades da pessoa com patologia do foro respiratório que condicionem a necessidade de reabilitação funcional respiratória. Integrar os cuidados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global. Definir um plano de cuidados especializados de acordo com a pessoa e a família, incluindo técnicas de melhoria do desempenho cardio-respiratório. Integrar a pessoa e a família no cuidar, capacitando-os para a execução independente, conjunta ou individual. Integrar sessões de treino resistência ao esforço no planeamento de reeducação funcional respiratória. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram desenvolver planos de cuidados de enfermagem especializados e individualizados à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.</p>

Objectivo Específico Área Temática (OC)	OC.3 Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória.		
Domínios e Competências	Estratégias/Actividades	Recursos	Indicadores e critérios de avaliação
<p>A. Responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>B. Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>C. Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de planos de cuidados especializados e individualizados para a pessoa e família. • Execução, com a pessoa e família, de intervenções que visem a redução das alterações na função respiratória. • Realização de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória com o apoio do EEER orientador. • Adequação da prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utentes do Serviço e respectiva família. • Enfermeiro Orientador e restante equipa de Enfermagem. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipamentos disponíveis no serviço. • Fontes de informação físicas (Biblioteca: livros e publicações) e digitais com uso de computador (base de dados científica, publicações, sites da especialidade). <p><u>FÍSICOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • DRFR. <p><u>TEMPORAIS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar Apêndice 3 - Cronograma de Objectivos Específicos 	<p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar plano de cuidados especializado e individualizado para a pessoa e família. • Executar intervenções especializadas de acordo com o utente e a família que visem a redução das alterações na função respiratória. • Realizar técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória com o apoio do EEER orientador. • Adequar a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com necessidade de reabilitação funcional respiratória. <p><u>Crítérios</u></p> <p>De que modo as actividades desenvolvidas permitiram a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório com necessidade de reabilitação funcional respiratória</p>

APÊNDICE 5

Instrumento de Avaliação da Pessoa com Paraplegia e Planeamento de Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Instituição:		Avaliação n.º	
Serviço:		Data	

1. Colheita de Dados

1.1 História Actual e Antecedentes

Identificação	Nome		Idade		Género	
Diagnóstico						
Internamento						
Alta Prevista						
Exames Complementares de Diagnóstico						
Antecedentes Pessoais						
Alergias						
Medicação Actual						
Situação Familiar	Agregado Familiar					
	Cuidador Informal					
	Pessoa Significativa					
Situação Habitacional						
Situação Socioeconómica	Escolaridade					
	Profissão					
	Actividades Ocupacionais					
	Dificuldades Económicas					
Consumo de Substâncias (Incl. Tabaco/Álcool)						
Comunicação						
Observações						

1.2 Estado Nutricional

Peso		Altura		IMC	
Hábitos Alimentares					
Alterações					

1.3 História da Doença Actual

--

Instituição:		Avaliação n°	
Serviço:		Data	

1.4 Exame Físico

Pele e Mucosas	
Cabeça	
Pescoço	
Tórax	
Abdómen	
Região Dorso-Lombar	
Região Perineal	
Membros Superiores	
Membros Inferiores	
Mãos	
Pés	

1.5 Sinais Vitais/Circulação/Oxigenação

	Data			
Temperatura (°C)				
Tensão Arterial (mmHg)				
Frequência Cardíaca (bpm)				
Frequência Respiratória (cpm)				
Dor (Intensidade/características/fatores atenuantes e exacerbantes)				
Saturação de O ₂ (%)				
Auscultação Pulmonar				
Padrão Respiratório				
Edemas				
Alterações Imagiológicas				
Alterações Laboratoriais				

1.6 Eliminação

Eliminação Vesical	Alterações	
	Tipo de Incontinência	
	Data	
	Débito 24H	
Eliminação Intestinal	Nº Dejeções Dia	
	Horário Habitual	
	Data	
	Registo de Dejeção	

1.7 Medida de Independência Funcional

		Data		
Autocuidados	A - Alimentação			
	B - Higiene Pessoal			
	C - Banho			
	D - Vestir 1/2 Superior			
	E - Vestir 1/2 Inferior			
	F - Utilização da sanita			
Controlo dos Esfíncteres	G - Bexiga			
	H - Intestino			
Transferências	I - Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			
	J - Sanita			
	K - Banheira, Duche			
Locomoção	L - Marcha/Cadeira de Rodas			
	M - Escadas			
Sub-Score Motor				
Comunicação	N - Compreensão			
	O - Expressão			
Cognição Social	P - Interação Social			
	Q - Resolução de Problemas			
	R - Memória			
Sub-Score Cognitivo				
Score				

Legenda	INDEPENDÊNCIA
	7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)
	6 – Independência Modificada (ajuda técnica)
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA
	5 – Supervisão
	4 – Ajuda Mínima (pessoa participa em $\geq 75\%$)
	3 – Ajuda Moderada (pessoa participa em $\geq 50\%$)
	DEPENDÊNCIA COMPLETA
	2 – Ajuda Máxima (pessoa participa em $\geq 25\%$)
	1 – Ajuda Total (pessoa participa em $\leq 25\%$)
Sub-Score Motor – Entre 13 – 91	
Sub-Score Cognitivo – Entre 5 – 35	
Score – Entre 18 – 126	

Instituição:		Avaliação n ^o	
Serviço:		Data	

1.8 Avaliação Motora e Sensitiva

1.8.1 Avaliação de Pares Cranianos

Par Craniano	Alterações
I – Olfativo	
II – Ótico	
III – Oculomotor, IV – Patético e VI – Motor ocular externo	
V – Trigêmeo	
VII – Facial	
VIII – Auditivo	
IX – Glossofaríngeo	
X – Vago	
XI - Espinhal	
XII - Hipoglosso	

1.8.2 Avaliação do Equilíbrio

	Data			
Sentado	Estático			
	Dinâmico			
Posição Ortostática	Estático			
	Dinâmico			
Observações				

1.8.3 Avaliação da Sensibilidade

	Data			
Superficial	Táctil			
	Térmica			
	Álgica			
Profunda	Pressão			
	Vibratória			
	Postural			
Observações				

Instituição:		Avaliação n^o	
Serviço:		Data	

1.8.4 Avaliação da Força Muscular, Escala de Lower / Tónus Muscular, Escala de Ashworth Modificada / Amplitude Articular

Segmento	Movimento (Quando aplicável segue-se a orientação: Esquerdo – Direito)	Data								
		Força	Tónus	Amplitude	Força	Tónus	Amplitude	Força	Tónus	Amplitude
Cabeça e Pescoço	Flexão (0º-45º)									
	Extensão (0º-45º)									
	Flexão Lateral Esquerda (0º-45º)									
	Flexão Lateral Direita (0º-45º)									
	Rotação (60º-0º-60º)									
Escapulo-Umeral	Flexão (0º-90º)									
	Extensão (0º-50º)									
	Adução (90º-0º)									
	Abdução (90º-0º)									
	Rotação Interna (0º-90º)									
	Rotação Externa (0º-90º)									
Cotovelo	Flexão (0º-160º)									
	Extensão (145º-0º)									
Antebraço	Pronação (0º-90º)									
	Supinação (0º-90º)									
Punho	Flexão Palmar (0º-90º)									
	Dorsi-flexão (0º-70º)									
	Desvio Radial (0º-25º)									
	Desvio Cubital (0º-65º)									
Dedos Mão (I, II, III, IV, V)	Metacarpofalângicas	Flexão (0º-90º)								
		Extensão (0º-30º)								
		Adução (20º-0º)								
		Abdução (20º-0º)								
	Interfalângicas proximais	Flexão (0º-120º)								
		Extensão (120º-0º)								
	Interfalângicas distais	Flexão (0º-80º)								
		Extensão (80º-0º)								
	Polegar Metacarpofalângica	Flexão (0º-70º)								
		Extensão (60º-0º)								
		Abdução (0º-50º)								
		Adução (40º-0º)								
	Polegar Interfalângica	Flexão (0º-90º)								
		Extensão (90º-0º)								
Coxo-Femural	Flexão (0º-125º)									
	Extensão (115º-0º)									
	Adução (45º-0º)									

Instituição:		Avaliação n°	
Serviço:		Data	

Coxo-Femural	Abdução (45°-0°)											
	Rotação interna (0°-45°)											
	Rotação externa (0°-45°)											
Joelho	Flexão (0°-130°)											
	Extensão (120°-0°)											
Tibiotársica	Flexão plantar (0°-50°)											
	Flexão dorsal (0°-20°)											
	Inversão (0°-35°)											
	Eversão (0°-25°)											
Dedos Pés	Metatarsofalângicas	Flexão (0°-30°)										
		Extensão (80°-0°)										
	Interfalângicas	Flexão (0°-50°)										
		Extensão (50°-0°)										

	Força Muscular – Escala de Lower	Tónus Muscular – Escala de Ashworth Modificada
Legenda	0/5 - Sem contração muscular e sem movimento 1/5 - Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento 2/5 - Movimenta mas não vence a gravidade 3/5 - Raio de movimento completo contra a gravidade mas não contra a resistência 4/5 - Raio de movimento completo, vence uma resistência moderada e contra a gravidade 5/5 - Movimento normal contra resistência e contra a gravidade	H – Hipotonicidade E – Espasticidade categorizada por: 0 Tónus Normal 1 Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento) 1+ Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento) 2 Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento 3 Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil) 4 Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível)



Instituição:		Plano de Cuidados nº	
Serviço:		Data	

2. Plano de Cuidados

Observações	
--------------------	--

Problema Identificado	Objectivos	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
			Avaliação

ANEXOS

ANEXO I

**Regulamento das Competências Comuns
de Enfermeiro Especialista**



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo
Lisboa, 5 de Maio de 2010

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim,

Nos termos da alínea d) do art.º 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e do n.º 6 do artigo 4.º desta lei, no âmbito das suas atribuições regulamentadoras e nos termos da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os Conselhos Directivos Regionais propõe, para aprovação pela Assembleia Geral, o seguinte Regulamento

Artigo 1.º Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º Âmbito e Finalidade

1. O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
2. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
3. As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
4. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

- a) "*Competências comuns*", são as 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;
- b) "*Competências específicas*", são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.
- c) "*Competências acrescidas*", são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.
- d) "*Domínio de competência*", é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.
- e) "*Norma ou descritivo de competência*", apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.
- f) "*Unidade de competência*", é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.
- g) "*Crítérios de avaliação*", compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:
 - a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
 - b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo I*).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:
 - a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
 - b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
 - c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo II*).

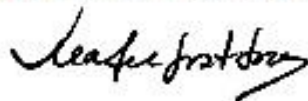
Artigo 7.º
Competências do domínio da gestão dos cuidados

1. As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:
 - a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo III*).

Artigo 8.º
Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1. As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:
 - a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
 - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo IV*).

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e
ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010



ANEXO I
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.

	<p>A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.</p> <p>A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.</p>
A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	<p>A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.</p> <p>A1.2.2. As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.</p> <p>A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p>
A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	<p>A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.</p> <p>A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p> <p>A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.</p> <p>A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.</p>
A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	<p>A1.4.1. Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p> <p>A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>

A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.

Descritivo:

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos	<p>A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.</p> <p>A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.</p> <p>A2.1.8. Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.</p>
A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a	<p>A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.</p> <p>A2.2.2. Adopta e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.</p> <p>A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.</p>

segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5. Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.
--	---

ANEXO II B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

Descritivo:

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade	B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.
B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

Descritivo:

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	B2.1.1. Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4. Realiza auditorias clínicas. B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2. Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

B2.3. Lidera programas de melhoria	B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.
------------------------------------	---

B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÉUTICO E SEGURO.

Descritivo:

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo. B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo. B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais	B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3. Previne os riscos ambientais. B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.

ANEXO III C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

Descritivo:

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.

Descritivo:

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4. Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.

Descritivo:

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2. Gere as suas idiosincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Descritivo:

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5. Avalia o impacto da formação.
D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	D2.2.1. Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5. Discute as implicações da investigação. D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

**ANEXO II Regulamento
das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Reabilitação em 18/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Preambulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

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

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



Artigo 1.º
Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Artigo 2.º
Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º
Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º
Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:
 - a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
 - b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
 - c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação realizada no dia 18 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
Enf.ª Margarida Oliveira e Sousa



ANEXO I

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

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades	J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade. J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. J1.1.5. Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. J1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade	J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. J1.2.3. Concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade. J1.2.4. Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).
J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal). 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).
J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas	J1.4.1. Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2. Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).



2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Descritivo:

Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crterios de avaliação</i>
J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida	J2.1.1. Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado. J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). J2.1.3. Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.
J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social	J2.2.1. Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica. J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas. J2.2.3. Identifica barreiras arquitectónicas. J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa. J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Descritivo:

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crterios de avaliação</i>
J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório	J3.1.1. Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora. 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 objectivos individuais da pessoa. J3.1.3. Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.
J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados	J3.2.1. Monitoriza a implementação dos programas concebidos. J3.2.2. Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa.