

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação
Relatório de estágio

**Transição para a vida laboral após traumatismo
crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro
especialista em Enfermagem de reabilitação**

Ana Cristina Gomes Mota

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a large green swirl that transitions into three horizontal, slightly curved lines of varying shades of green, mirroring the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de estágio

**Transição para a vida laboral após traumatismo
crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro
especialista em Enfermagem de reabilitação**


Ana Cristina Gomes Mota

Orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Muitas pessoas devem a grandeza de suas vidas
aos problemas que tiveram que vencer.”

Robert Baden-Powell

Dedico

Ao Helder e o Francisco que me apoiaram em todo o percurso, me encorajaram a continuar, e me mostraram que tudo o vale a pena na vida requer esforço.

Agradecimentos

- À Sr^a. Prof.^a Doutora Vanda Marques Pinto pela disponibilidade, pelo apoio, pela orientação e pelo caminho que me incentivou a percorrer.
- À Sr^a. Enf^a Luisa Manso e Enf^o Chefe Fernando pela orientação, pelo apoio e boa disposição, pela partilha de experiências e pelos exemplos em contexto prático.
- Sr^a. Enf^a Maria da Luz Rodrigues pela dedicação contagiante, pela motivação e por me despertar para temáticas que desconhecia.
- Aos doentes e familiares que cruzaram o meu caminho, me encorajaram e me incitaram a evoluir, e me mostraram que as barreiras existem para ser ultrapassadas.
- À equipa fantástica com que trabalho pelas trocas e palavras de incentivo.
- À Enf^a Chefe M^a José Bento pelo apoio e pela gestão do horário para se acomodar às necessidades de formação.
- Aos meus colegas e amigos, Ana Elisa, Margarete, Maria João, João e Nuno pela entreatajuda e força para continuar.
- Aos meus amigos que mesmo quando estava ausente, sempre tiveram uma palavra de apoio e encorajamento.
- À Leonor e ao Tiago, pela amizade e pela escuta e palavras de ânimo.
- À minha mãe e pai que sempre me apoiaram no desenvolvimento dos estudos e me incentivaram a continuar a caminhada.
- Ao Helder, pela compreensão, pelo apoio incondicional e por todo o amor e paciência em todos os momentos.
- E em especial aos meus filhos Henrique que está por vir e Francisco que com o seu amor inocente são a minha força e a luz que alumiam o meu caminho.

A todos vós um muito obrigado.

Lista de abreviaturas e siglas

AVC: Acidente vascular cerebral

AVD: Atividades de vida diária

CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, de incapacidade e de saúde

DGS: Direção Geral da Saúde

ECCI: Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE: Enfermeiro Especialista

ELA: Esclerose lateral amiotrófica

EEER: Enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

GCS: Glasgow Coma Scale

HTA: Hipertensão arterial

IPSS: Instituição Particular de Solidariedade Social

LVM: Lesão vertebro medular

MFR: Medicina Física e Reabilitação

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

RFR: Reeducação funcional respiratória

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS: Sistema Nacional de Saúde

TCE: Traumatismo crânio-encefálico

TC-CE: Tomografia computadorizada crânio-encefálico

UCI: Unidades cuidados intensivos

Resumo

O emprego é uma das atividades mais importantes para as pessoas em idade ativa, está associada a sentimentos de pertença e de bem-estar, e portanto melhores níveis de saúde.

O traumatismo crânio-encefálico é um evento abrupto que pode resultar em incapacidade temporária ou permanente, e obriga a pessoa a enfrentar grandes desafios.

A dificuldade em regressar à vida laboral ou mesmo o abandono do emprego, o que constitui um problema significativo e resulta num decréscimo da qualidade de vida, contribuindo para o aparecimento de problemas financeiros, limitações na atividades de lazer e isolamento social, para o doente e sua família.

Da consciência da repercussão individual e social que esta patologia tem sobre a pessoa e sua família, surge a necessidade de uma abordagem mais compreensiva à qual reabilitação procura dar resposta.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante no apoio da transição da pessoa após TCE para a vida laboral.

O presente relatório pretende o expor o percurso de desenvolvimento de competências de EEER ao longo da realização de um estágio curricular e, no seu âmbito, a implementação de um projeto de formação com a finalidade de conhecer a intervenção do EEER na transição da pessoa após TCE para a vida laboral.

Através das atividades e aprendizagens proporcionadas pela prática clínica, que não se cingiram ao plano inicial do projeto de formação, foi possível demonstrar a abrangência da intervenção do EEER, no contexto hospitalar e da comunidade, e identificar as condições que podem facilitar ou inibir o processo de transição para a pessoa retornar à vida laboral.

Palavras-chave: traumatismo crânio-encefálico, regresso ao trabalho, transição, Enfermagem de reabilitação.

Abstract

Employment is one of the most important activities for people in working age, it has been associated with feelings of belonging and well-being, and therefore better health.

A traumatic brain injury is an abrupt event that can result in temporary or permanent incapacity, and forces a person to face great challenges.

The difficulty in returning to work or even leaving work, represents a significant problem and results in a decrease in the quality of life, contributing to the appearance of financial problems, limitations in leisure activities and social isolation, for the patient and his family.

From the awareness of the individual and social repercussions that this pathology has on the person and his family, the need arises for a more comprehensive approach to which rehabilitation seeks to answer.

In this context, the rehabilitation nurse specialist has a preponderant role in supporting the person's transition from TBI and back to working life.

This report aims to explain the development of rehabilitation nursing skills during a curricular internship and, in its scope, the implementation of a training project with the purpose of knowing how rehabilitation nurse can intervene in the person's transition from TBI back do work.

Through the activities and learning provided by clinical practice, it was possible to demonstrate the scope of rehabilitation nursing intervention in the hospital and community context and to identify the conditions that may facilitate or inhibit the transition process of returning to work.

Keywords: Traumatic brain injury, return to work, transition, rehabilitation nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1.1. Epidemiologia de traumatismo crânio-encefálico	8
1.2 Definição de traumatismo crânio-encefálico	9
1.2.1 Hemorragia Intracerebral Traumática	12
1.3 Principais consequências do traumatismo crânio-encefálico	12
1.4 O retorno à vida laboral após traumatismo crânio-encefálico.	14
1.5 O papel da Enfermagem no processo de transição da pessoa com traumatismo crânio-encefálico para a vida laboral	19
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	26
3. AVALIAÇÃO	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS E APÊNDICES	
ANEXO I: ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)	
ANEXO II: ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)	
ANEXO III: ESCALA DE BARTHEL	
ANEXO IV: ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER	

ANEXO V: ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

ANEXO VI: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

APÊNDICE I: TRABALHO DE PROJETO “TRANSIÇÃO PARA A VIDA LABORAL APÓS TCE: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO”

APÊNDICE II: CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

APÊNDICE III: GUIA DE OBSERVAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NOVAMENTE

APÊNDICE IV: CARACTERIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NOVAMENTE

APÊNDICE V: PLANO DE REABILITAÇÃO DO SR. BS.

APÊNDICE VI: PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO “QUADRO DE APOIO À COMUNICAÇÃO”

APÊNDICE VII: APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “QUADRO DE APOIO À COMUNICAÇÃO”

APÊNDICE VIII: PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO “(CON)VIVER COM A DEMÊNCIA – QUE DESAFIOS?”

APÊNDICE IX: APRESENTAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “(CON)VIVER COM A DEMÊNCIA – QUE DESAFIOS?”

ÍNDICE DE QUADRO E TABELAS

Tabela 1: As principais sequelas do TCE relacionadas com a vida ativa e retorno ao trabalho 15

Tabela 2: Tipos de programas de reabilitação da pessoa com TCE21

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório integrado no plano curricular do 6º curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O objetivo deste trabalho compreende a descrição e análise das atividades realizadas em estágio, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista (EE) e de enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação (EEER), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A escolha desta temática não foi linear, tendo partido de uma curiosidade, a ambição profissional e pessoal em perceber como a pessoa após traumatismo crânio-encefálico retoma a sua vida social e a sua vida de relação após o evento. No entanto, trata-se de uma abordagem muito vasta, e falar apenas de ensinamentos para a alta, ou do regresso ao domicílio pareceu-me muito redutor, pelo que optei pelo regresso à vida laboral, enquanto aspeto que é visto como muito importante na pessoa em idade ativa, uma vez que está associado a uma melhor sensação de bem-estar, melhor qualidade de vida e consequentemente melhor condição de saúde. Assim, primeiramente foi realizado o projeto intitulado “Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação.” e onde foram delineados objetivos específicos e atividades que posteriormente foram implementadas em dois campos de estágio, no hospital e na comunidade (APÊNDICE I).

No hospital foi selecionado o serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) de um Hospital Central da área da grande Lisboa onde são internadas pessoas em programa de reabilitação intensivo, com diferentes tipologias de doença, entre as quais pessoas com lesão cerebral adquirida, inclusivamente pessoas que sofreram TCE.

Ao nível da comunidade realizei estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que pertence à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, onde é possível uma abordagem de maior proximidade com as pessoas no seu ambiente familiar, assim como estabelecer relação no contexto familiar. Por outro lado, a abordagem na comunidade implica redução de custos e ganhos em saúde, nomeadamente pela redução do número de internamentos, o vai de encontro

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

às pretensões da Administração Central de Sistemas de Saúde (2016) que no seu plano de desenvolvimento da RNCCI destaca a importância das pessoas permanecerem no seu domicílio.

Contudo e já aquando da realização do projeto, pela sumária pesquisa e pela entrevista feita aos orientadores nos locais de estágio, sabia que havia a possibilidade de não ter pessoas após TCE a quem prestar cuidados, pelas mais diversas razões, como seja os internamentos prolongados a que estas pessoas estão sujeitas, a “polipatologia” destes indivíduos que muitas vezes implicam a transferência para centros de reabilitação ou unidades de média duração e reabilitação da RNCCI. Assim, ao nível da prática hospitalar apenas prestei cuidados de reabilitação a uma pessoa com diagnóstico de TCE e na comunidade não tive essa oportunidade, pelo que foram prestados cuidados a pessoas com lesão cerebral adquirida, nomeadamente AVC.

Deste modo, e também de forma a dar resposta a alguns dos objetivos propostos realizei dois dias de estágio de observação na Associação Novamente, que dá resposta a várias perguntas de como a pessoa após TCE retorna à vida laboral, assim como perceber lacunas e oportunidades que existem ao nível da comunidade para as pessoas após TCE e, como a reabilitação pode fornecer respostas adequadas (APÊNDICE III e IV).

Reconhece-se que a lesão cerebral traumática pode afetar fisicamente, mas também afeta cognição e comportamento, provoca incapacidade substancial e mortalidade. Este é um evento que altera abruptamente a vida de uma pessoa e de todos em seu redor.

Foi perante esta permissão que iniciei a minha pesquisa bibliográfica, recorrendo à base de dados da EBSCOhost Research Databases, nomeadamente a CINAHL Plus with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews Library e MEDLINE with Full Text, mas também pesquisei no Google académico, assim como no repositório comum em teses de doutoramento e teses de mestrado, e tendo por conceitos de pesquisa palavras como traumatismo crânio-encefálico, reabilitação, regresso ao trabalho, transição, enfermagem de reabilitação.

Debrucei-me sobre os factos concretos do TCE, e que ao mesmo tempo justificam a escolha deste tema. Assim, achei que seria importante demonstrar como o TCE se assume como um problema real, de saúde pública e que tem custos económicos e sociais elevados, não só considerando o tempo e o custo da

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

hospitalação, muitas vezes prolongada, mas também tendo em conta a reabilitação, a inerente ausência no trabalho e conseqüente diminuição na produtividade da pessoa e juntamente dos cuidadores.

Comecei por definir a epidemiologia do TCE, demonstrando como os números são elevados, mas também pouco coerentes por diversos factores. Posteriormente achei importante definir traumatismo crânio-encefálico e salientar as lesões decorrentes do mesmo assim como a sintomatologia associada ao tipo de lesão. Deste modo, e compreendendo melhor as conseqüências do TCE, mais facilmente se consegue expor a importância do retorno à vida laboral e explanar como o EEER tem um papel preponderante neste processo de transição.

Face as considerações expostas na fundamentação teórica, segue-se uma análise das atividades desenvolvidas no estágio em resposta aos objectivos definidos no projeto, bem como às competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação que foram desenvolvidas.

Termino com a conclusão, onde destaco as ideias principais deste trabalho, expondo igualmente a relevância dele para a enfermagem e para a reabilitação, tecendo alguma limitações e contrangimentos, assim como perspectivas de futuro.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A lesão cerebral traumática leve pode afetar a cognição e o comportamento normais ao interromper as redes de conectividade funcional que medeiam a comunicação eficiente entre as regiões cerebrais. Em comparação com o resto do corpo, o cérebro apresenta uma autorregulação extremamente estrita de fluxo sanguíneo e, qualquer perturbação altera a atividade metabólica normal (Oddo et al., 2012). O TCE provoca incapacidade substancial e mortalidade. Ocorre quando um trauma repentino danifica o cérebro e interrompe a sua função normal, podendo ter efeitos físicos, psicológicos, cognitivos, emocionais e sociais profundos (Coronado, McGuire, & Sarmiento, 2012).

Esta é considerada a doença mais complexa no cérebro e, caracteriza-se por uma grande heterogeneidade em termos de etiologia, mecanismos, patologia, gravidade e tratamento, com resultados variáveis. Pode constituir-se em dano difuso

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

ou contusional, dano ou hematomas intracranianos (Faul, Wald, Rutland-Brown, Sullivent, e Sattin, 2007; Lingsma et al., 2011).

Reconhece-se assim que o TCE não é somente um evento agudo, mas pode desencadear uma lesão progressiva ao longo de horas, dias, semanas e meses, e que condiciona o comportamento, emoções e mesmo, demência precoce.

Além dos efeitos físicos visíveis ou invisíveis, o TCE pode afetar negativamente a qualidade de vida de uma pessoa, seja pelo prejuízo cognitivo, pela lesão física interna ou pelos sintomas psicológicos, os relacionamentos familiares e sociais são prejudicados durante a reintegração e a capacidade de completar as atividades da vida diária é afetada. Enquanto os sintomas físicos geralmente podem ser resolvidos dentro de um ano pós-lesão, ou até cinco anos em casos mais difíceis, os sintomas cognitivos e psicológicos são mais duradouros (McKee et al., 2013).

O paciente que sobrevive a um TCE enfrenta dias ou anos de recuperação, pois encara grandes dificuldades no regresso à vida ativa e na transição para a vida laboral, justificando a intervenção do enfermeiro e mais concretamente do EEER pelas especificidade das suas competências.

1.1. Epidemiologia de traumatismo crânio-encefálico

O TCE afeta milhões de pessoas em todo o mundo. A sua incidência (novos casos por ano), incluindo toda a gama de gravidade, de lesões menores a devastadoras, varia nos diferentes países, de 60 casos por 100.000 habitantes até números 12 vezes mais elevados (Feigin et al., 2013), refletindo variações locais e, muito provavelmente, diferentes critérios de inclusão e metodologias. A epidemiologia está a mudar havendo mais TCE devido ao aumento da monitorização nos vários países em desenvolvimento, e também porque com o envelhecimento da população no hemisfério ocidental aumenta a incidência de lesões devido a quedas nos idosos (Roozenbeek, Maas e Menon, 2013).

Anualmente, cerca de 2,5 milhões de pessoas na Europa apresentam lesão cerebral traumática, destes, 1 milhão é internado no hospital e 75.000 morreram. O *Collaborative European NeuroTrauma Effectiveness Research in Traumatic Brain Injury* (CENTER-TBI) salienta que o TCE constitui uma das principais causas de

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

morte e incapacidade, levando ao sofrimento das vítimas e famílias, bem como a elevados custos diretos e indiretos para a sociedade¹.

Em Portugal, o estudo epidemiológico realizado entre 1994 e 1997 refere uma taxa de ocorrência de TCE em 137/100 000 indivíduos, surgindo com maior incidência na faixa etária entre os 20-29 anos, com um rácio de masculino:feminino de 3:1 respetivamente. É a principal causa de mortalidade e morbilidade entre adultos jovens, com uma taxa de mortalidade de 17/100 000 habitantes (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

O estudo realizado pela Associação Novamente (2014) revela números a rondar os 3 mil diagnósticos anuais de TCE, revelando mesmo que “estima-se que, nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e vivam hoje com sequelas do mesmo.” (Novamente, 2014, p. 6).

1.2 Definição de traumatismo crânio-encefálico

O TCE é um problema médico e socioeconómico e, é também a principal causa de morte em crianças e adultos jovens. A gestão de cuidados críticos de TCE grave é, em grande parte, derivada das Diretrizes para o seu tratamento que foram publicadas pela *Brain Trauma Foundation*².

A escala de Comas de Glasgow (GCS) é habitualmente utilizada na classificação dos TCE's quando a sua pontuação é de 3 a 8, o TCE constitui um problema importante e desafiador para a medicina de cuidados intensivos. A pontuação de GCS de 13 a 15 é caracterizada como um TCE leve, uma GCS de 9 a 12 categoriza-se como um TCE moderada e, um GCS de 3 a 8 caracteriza um TCE grave (Nakase te al., 2011; Iverson & Lange, 2011). (ANEXO I)

O prognóstico a longo prazo em pessoas com lesões cerebrais correlaciona-se com os diferentes graus de níveis de consciência, a duração da amnésia pós-traumática, a idade, o género. A escala mais utilizado de gravidade da lesão é a GCS, sendo importante salientar a gravidade dos sintomas associados à lesão pode não estar diretamente relacionada com a gravidade da lesão como definido pelos

¹ Collaborative European Effectiveness Research in TBI. Available at: www.center-tbi.eu/. [em linha] 2017. Acessado a 01/03/2017. CENTER-TBI é um estudo prospetivo longitudinal não randomizado Observacional em todo o espectro de gravidade do TCE em 80 sites de 22 países durante 18 meses.

² Brain Trauma Foundation; American Association of Neurological Surgeons; Congress of Neurological Surgeons; Joint Section on Neurotrauma and Critical Care, AANS/CNS, Bratton SL, Chestnut RM, Ghajar J, et al. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. VI. Indications for intracranial pressure monitoring. *J Neurotrauma* 2007;24 Suppl 1:S37-44.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

paramêtros da GCS, pois os pacientes com uma lesão cerebral grave podem experimentar muitos dos mesmos sintomas dos pacientes com uma lesão leve, embora os primeiros possam ser mais duradouros ou resultar em maior incapacidade.

Quase todos as pessoas que apresentam o quadro clínico de TCE relatam sintomas de uma escala específica e são: dor de cabeça, fadiga, perturbação do sono, irritabilidade, tonturas, alterações cognitivas subjetivas, sensibilidade à luz e ruído, náuseas e despersonalização. Estes sintomas, são frequentemente referidos como síndromes pós-concussionais e estão definidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV) (Dalton et al., 2012).

A gravidade e a localização da lesão cerebral irão ditar o nível imediato de consciência do paciente, estado mental e sinais neurológicos focais. É amplamente sustentado que a maior parte da lesão cerebral global pode ser atribuída a danos secundários. Os principais mecanismos envolvidos na lesão cerebral secundária incluem a hipoxia, isquemia, libertação de neurotransmissores e elementos intracelulares, desregulação da temperatura, alteração da pressão intracraniana, disfunção mitocondrial e inflamação.

A hipoperfusão é outros dos mecanismos e é a principal causa de desfechos desfavoráveis. Deve-se essencialmente, à suscetibilidade do tecido nervoso para a isquémia, como um estado hipermetabólico após lesão. Ocorre pela disfunção de autorregulação vascular cerebral, e porque não existe compensação vascular suficiente, há comprometimento da perfusão cerebral. As áreas mais suscetíveis incluem o hipocampo e a bacia hidrográfica como a região parietal.

Existe ainda a hipótese da disfunção neurológica retardada poder ser atribuída aos efeitos da isquémia retardada. A hipoperfusão pode resultar em dano e perda da integridade da barreira hematoencefálica. Este dano microvascular contribui para o padrão proeminente de edema vasogénio observado após o TCE. As diretrizes atuais advertem para os perigos da hipocapnia e hipoxia como marcadores para resultados desfavoráveis após TCE (Omalu et al., 2011; Goldstein et al., 2012).

As lesões cerebrais primárias conduzem geralmente a alterações na capacidade do cérebro de se autorregular, o que pode agravar ainda mais a lesão cerebral secundária (Maas, Stocchetti, & Bullock, 2008).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

O traumatismo craniano pode ser igualmente classificado em lesão fechada e lesão penetrante na cabeça. Na lesão fechada, a cabeça, o crânio e o couro cabeludo permanecem intactos, sendo que o impacto direto no cérebro afeta as estruturas neurovasculares que resultam em dano do corpo celular ao nível axonal.

O TCE fechado pode ainda ser classificado como focal ou difuso. As lesões focais ocorrem no local do impacto com danos neurológicos localizados nessas áreas. Ocorre sempre que a força é transmitida através do crânio. Os lobos orbitofrontais e temporais anteriores são comumente afetados e com elevado prejuízo, devido ao facto do TCE ocorrer numa direção ântero-posterior (Lipton et al., 2013; Kocsis & Tesseler, 2009).

As lesões difusas afetam uma estrutura sólida. Este tipo de lesão é causado por uma rotação. Como o cérebro é preso pelo tronco encefálico, uma aceleração-desaceleração severa, pode rodar em torno deste eixo. Os axónios da substância branca cerebral são interrompidos, conduzindo a edema e subsequente rutura axonal.

Esta condição conhecida como lesão axonal difusa e está associada a graves défices neurológicos e a encefalopatia, incluindo o estado de coma. Neste tipo de lesão, as evidências recentes sugerem que pode ser maior com forças que ocorrem numa orientação lateral, em oposição a um impacto frontal ou oblíquo comum em lesões na cabeça (Talavage et al., 2014).

O tecido cerebral pode ser lesado diretamente no lugar do impacto (lesão por golpe), ou em pontos diametralmente opostos ao impacto (lesão por contragolpe). Por norma são as porções inferiores dos lobos frontais e temporais do cérebro as áreas mais afetadas pelas lesões por contragolpe, isto porque os ossos da base do crânio, as fossas temporal e frontal possuem superfícies rugosas. De uma forma geral, a lesão pode ser retardada até 12 horas após traumatismo inicial (Talavage et al., 2014; Gysland et al., 2012).

São as grandes terminações, os axónios que sofrem lesão ou perda da camada de mielina, para além da lesão dos vasos que aí passam. A força mecânica que impacta sobre estas estruturas causa uma rotação do eixo dos axónios e como consequência, leva à destruição dos filamentos, o pequeno esqueleto de proteínas que forma a estrutura interna dos axónios o que leva à lesão axonal, morte neuronal e isquémia (McCrary et al., 2013).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

1.2.1 Hemorragia Intracerebral Traumática

O desenvolvimento da hemorragia intracerebral traumática é uma das complicações frequentes do TCE e a mais devastadora clinicamente. Cerca de 40% das hemorragias intracerebrais traumáticas apresentam como fatores de risco, a presença de hematoma subdural ou hemorragia subaracnoídea associada (Huber et al., 2013).

As hemorragias intracerebrais ocorrem geralmente após a lesão cerebral focal ou difusa, num espaço de tempo de até seis a nove horas após a lesão na cabeça³. Estas hemorragias são observadas nos primeiros 10 dias, na maioria das vezes nos três primeiros. Os danos mecânicos nas paredes dos vasos por trauma e do tecido conjuntivo relacionado, estão nas causas destas hemorragias, que geralmente se desenvolvem nas áreas de contusão frontal e nas regiões temporais (Petrie et al., 2014).

1.3 Principais consequências do traumatismo crânio-encefálico

A evolução das consequências do TCE, nomeadamente as incapacidades que resultam da lesão cerebral podem ir para além da fase aguda do tratamento. No entanto, alguns estudos demonstraram que existe uma melhoria clínica das vítimas durante os primeiros meses após o evento traumático. Segundo Toien et al. (2010), devem-se avaliar as consequências e a forma de voltar à vida normal nos seis meses após o TCE, já que as avaliações anteriores descrevem um período de grandes mudanças na condição do paciente e não refletem ainda a carga pessoal e social na vida do indivíduo.

A medição da qualidade de vida é de grande importância em pessoas com TCE, principalmente no estudo do prognóstico, nas alterações neurológicas pós-traumáticas, na eficácia do tratamento e na reabilitação (Lin et al., 2010).

A avaliação dos resultados é difícil por várias razões: as lesões extracranianas coexistentes (lesões vertebro-medulares, por exemplo) podem afetar a independência e a qualidade de vida fora dos efeitos puros do TCE; as escalas

³Este tipo de situação clínica foi descrito pela primeira vez por Bollinger em 1981, como traumatismo crânio-encefálico grave. A incidência de hemorragia intracerebral traumática varia entre 2,3% e 8,4% em pacientes com TCE grave e as taxas de mortalidade variam entre 36,5% a 50% (Petrie et al., 2014; Huber et al., 2013).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

podem não captar mudanças subtis, mas importantes; e, por vezes, a cooperação de pacientes pode ser impossível sobretudo nos casos de TCE's mais severos. Vários instrumentos foram desenvolvidos para captar aspetos específicos, desde o estado genérico de saúde até funções cognitivas específicas.

A pessoa sobrevivente de TCE grave, após ultrapassar um período de cuidados prolongados no hospital, enfrenta ainda um longo período de recuperação, podendo ter distúrbios físicos, cognitivos e psicológicos. Estes distúrbios podem por vezes, interromper relações anteriores e impedir o retorno ao trabalho, acompanhados de graves impactos económicos e sociais. Assim, a carga global é tal, que as pessoas sobreviventes de TCE possuem uma expectativa de vida mais baixa do que a população em geral (Rosenfeld et al., 2012).

Os danos cerebrais graves estão associados a duras e prolongadas consequências. Novos dados científicos sugerem que a incapacidade pode ser comum após o internamento hospitalar, por lesões cerebrais aparentemente leves⁴.

Segundo Newcombe et al. (2011) as consequências do TCE podem ser atenuadas por um atendimento de alta qualidade na emergência, nos cuidados intensivos e em todo o processo de reabilitação, e pelo apoio familiar e social que também desempenha um papel importante. De acordo com os autores, as disparidades económicas e sociais, o acesso desigual aos recursos e ao tratamento, podem influenciar profundamente os resultados e a recuperação da pessoa após TCE.

De uma forma geral, os sobreviventes de TCE são afetados por uma “polipatologia”, cujas principais características são a degradação da substância branca, perda neuronal, desvios de proteínas e neuroinflamação persistente, e ainda alterações dos sistemas neurotransmissores (Bigler & Maxwell, 2012).

As funções neuronais e os circuitos dependem da integridade da substância branca. Já em 1982, os estudos neuropatológicos seminais realizados por Adams JH, Graham DI, Murray LS, Scott G., identificaram a distribuição da patologia axonal numa grande parte de casos de TCE. De acordo com os autores, as forças de tensão devidas ao trauma podem causar uma interrupção do citoesqueleto axonal e prejudicar o transporte axonal. Como consequência, as alterações neuroquímicas como a sobrecarga de cálcio intracelular podem danificar ainda mais os axónios.

⁴ Um estudo realizado na Escócia com 549 pacientes com TCE tratados em hospital, estimou uma incapacidade moderada a grave em 42 a 52% dos casos. Do mesmo modo, uma revisão sistemática realizada no Canadá, sobre as consequências do TCE leve, apresentou percentagens mais baixas (Carroll et al., 2014).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Deste modo, o TCE pode afetar progressivamente as redes cerebrais estruturais, desde a alteração do axónio focal até à desconexão axonal retardada (Rodriguez-Paez et al., 2005).

Para além dos processos tóxicos, o TCE induz igualmente eventos neuronais que incluem a neurogénese, glicogénese, angiogénese, plasticidade sináptica e germinação axonal. Estes processos são estimulados por fatores endógenos relacionados com o crescimento e podem persistir durante semanas e meses, contribuindo para a recuperação da pessoa após o TCE.

De salientar que os défices motores e sensoriais podem permanecer como consequência do dano traumático específico às estruturas nervosas subjacentes. Nos casos de TCE grave, os danos adicionais decorrentes da imobilidade prolongada durante a assistência hospitalar, como a calcificação peri-articular, podem agravar a recuperação. Pode existir igualmente, o comprometimento do controlo da bexiga e dos esfíncteres. Todas estas deficiências físicas podem vir a causar desvantagens significativas e limitar o retorno a uma vida normal e produtiva da pessoa (Rosanova et al., 2012; Gardner, Burke, Nettiksimmons, Kaup, Barnes, Yaffe, 2014).

1.4 O retorno à vida laboral após traumatismo crânio-encefálico.

A Classificação Internacional de Funcionalidade de Incapacidade e de Saúde (CIF), estabelece a linguagem entre clínicos e pesquisadores, que permite a comparação entre estudos e condições de saúde (Bernabeu et al 2009, Escorpizo, Stucki, Cieza, Davis, Stumbo, e Riddle, 2010; Organização Mundial da Saúde, 2011).

A CIF reconhece os prejuízos decorrentes do impacto do TCE na atividade e níveis de participação do paciente na vida ativa. A atividade e a participação são fatores ambientais e pessoais, afetados pelo contexto em que ocorrem (Escorpizo et al. 2010).

As sequelas de TCE podem ser classificadas como físicas, sensoriais, cognitivas, comportamentais, emocionais, sensoriais, financeiras e sociais. Todas podem causar graves problemas que afetam a capacidade de trabalho dos pacientes (Maas et al., 2008).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Embora algumas pessoas com TCE não aparentem ter lesões físicas, podem apresentar dificuldades significativas em adaptar-se novamente à vida ativa. Um estudo prospetivo com 549 indivíduos com todos os níveis de gravidade de TCE, em cinco hospitais escoceses, identificou que 45% destes pacientes relataram problemas físicos um ano mais tarde, tais como, problemas com o equilíbrio que interferiram na capacidade de retornar ao trabalho manual (McNamee et al., 2009).

De igual modo, o aumento da fadiga e epilepsia são problemas comuns após lesão cerebral e são descritos como fatores que dificultam os pacientes no retorno à vida ativa. A fadiga é um fator limitante duradouro na capacidade do indivíduo (Johnson et al., 2016, McNamee et al., 2009).

Outro estudo realizado por McCrimmon et al. (2006) teve como objetivo a comparação de 20 pessoas com TCE que estavam empregadas e 13 pessoas que não tinham emprego. Os autores identificaram níveis significativamente mais altos de fadiga nos desempregados.

Os problemas cognitivos e executivos são as sequelas mais comuns no pós TCE e afetam significativamente a capacidade de trabalho (McNamee et al., 2009, Cicerone et al., 2011). Segundo Cicerone et al. (2011) a alteração da memória é o que afeta maioritariamente estes pacientes.

O insight reduzido representa a incapacidade de auto-monitorizar e ajustar de forma precisa o desempenho e é considerado um mau indicador para o regresso ao trabalho, mesmo que os indivíduos possam ser totalmente independentes em todas as atividades diárias (Franulic, Carbonell, Pinto & Sepulveda, 2004; Shames, Treger, Ring, & Giaquinto, 2007; McNamee et al., 2009; Bjorkdahl, 2010). De acordo com os autores, estes problemas não são visíveis para outras pessoas e por essa razão, o TCE é considerado muitas vezes como uma “incapacidade oculta”. A tabela seguinte demonstra as principais sequelas do TCE relacionadas com a vida ativa e retorno ao trabalho.

Tabela 1: As principais sequelas do TCE relacionadas com a vida ativa e retorno ao trabalho

Fatores físicos/sensoriais	Comunicação	Comportamental/sensorial	Cognitivos	Financeiros	Impacto social
Défices motores: Paralisia - Músculo anormal Com Ataxia	Défices de linguagem Expressão Compreensão	Aumento da irritabilidade ou agressão Iniciação reduzida	Imparidade de: Memória Atenção/Perceção Solução de	Redução da capacidade de trabalho Número de	Perda ou mudança de função e status

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

- Coordenação / equilíbrio Défices sensoriais - Problemas visuais - Perda de audição - Perda de sabor e Cheiro Dores de cabeça	Disartria Disgrafia Dislexia	Motivação reduzida Mudança de humor, Depressão e Ansiedade Comportamento sexual inadequado	problemas Planeamento Sensibilização para a segurança Formação em processamento	horas nível anterior Cuidadores / parceiros precisam Reduzir ou abandonar o trabalho Assumir o papel de cuidadores	Aumento do risco de Desagregação de relacionamento
---	------------------------------------	---	--	---	--

Fonte: Adaptado de Maas et al. (2008)

Para os pacientes sobreviventes do TCE inicial, cerca de 85% apresentam uma recuperação neurológica nos primeiros seis meses após a lesão (Maas et al., 2008). Os problemas de integração social, humor e qualidade de vida tornam-se mais difíceis após este período de tempo (Van Baalen et al., 2003, Reistetter e Abreu, 2005; Rubenso, Svensson, Linddahl, & Bjorklund 2007; Maas et al. 2008).

Somente alguns estudos analisaram as consequências a longo prazo do TCE. Um estudo realizado no Reino Unido com 475 indivíduos com TCE, analisou as consequências a longo prazo. Destes, 219 foram contactados cinco a sete anos após, apresentando prejuízo significativo, visto que 53% tiveram o mesmo resultado na GCS após um ano e cerca de 25% dos indivíduos foram-se deteriorando ao longo dos anos (Whitnall et al., 2006).

A literatura sugere no entanto que as pessoas que retornam ao emprego após TCE apresentam níveis mais reduzidos de depressão e ansiedade. Alguns fatores como a motivação, autoeficácia e capacitação foram explorados em estudos de emprego de pessoas com problemas músculo-esqueléticos, embora sejam pouco abordados em estudos com TCE (Varekamp et al., 2008; Brouwer et al., 2009, Dekkers-Sanchez, Wind, Sluiter, & Frings-Dresen, 2010).

Um estudo qualitativo retrospectivo com 425 indivíduos com TCE concluiu que o aumento da confiança na capacidade de trabalhar através da formação pode ter melhorado a autoestima e a confiança no trabalho, o que conduziu a um aumento da qualidade de vida (Tsaousides et al., 2009).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

A este aspeto, Tsaoudies et al. (2009) ressaltou a existência de uma autopercepção maior de empregabilidade que deve ser interpretada nos indivíduos com TCE.

Relacionado com o emprego pós TCE, Holzberg (2001) sentiu que um fraco ajuste psicossocial e o funcionamento da família inadaptada afetou negativamente a capacidade de trabalho, mas não discutiu exatamente como esses fatores pessoais tiveram impacto nas pessoas com TCE.

Os fatores ambientais neste contexto, são aspetos que podem influenciar o indivíduo no retorno ao trabalho, tais como os direitos do emprego, disponibilidade, benefícios sociais, condução e reivindicação de compensação.

Leung e Man (2005) atribuíram os baixos níveis de emprego pós TCE em Hong Kong, à provisão limitada de alojamento de trabalhadores com deficiências.

Uma revisão sistemática sobre a incapacidade de trabalho associada à eficácia do retorno ao local de trabalho baseou-se em dez estudos e encontraram forte evidência de que o contacto precoce com um profissional desse mesmo local de trabalho pode ajudar a manter o emprego (Franche, Severin, Hogg-Johnson, Cote, Vidmar & Lee., 2007). Uma síntese quantitativa de 26 estudos sobre o pós TCE sugeriu que a intervenção mais intensiva é mais propícia para ajudar estas pessoas, no retorno ao trabalho, principalmente os pacientes com TCE grave (Kendall, Muenchberger, & Gee, 2006).

Portanto, parece existir um consenso de que as pessoas com TCE deveriam receber tratamento especializado precoce, idealmente, no prazo de 1 a 2 anos após a lesão (Kendall et al., 2006, McColl 2007).

A intervenção precoce pode contribuir para o aumento das taxas de retorno ao trabalho, no entanto, falta identificar de que forma poderá ser efetuada. Existe ainda pouca literatura de discussão sobre este ponto. Embora se saiba que nos primeiros três meses após o TCE, é difícil para as pessoas o retorno à vida ativa e ao emprego (Turner & Zolin, 2007, Turner, 2009), pois durante este período de tempo a depressão e a aflição emocional pode desenvolver-se à medida que os pacientes vão tomando consciência das suas próprias sequelas. A intervenção precoce pode aumentar a consciencialização destes pacientes e dos seus problemas, facilitando a aquisição de estratégias de adaptação positivas e assim evitando alguns comportamentos mais negativos (Wade et al., 1998, Turner & Zolin,

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

2007; Bay e Donders, 2008; Berendsen, Jong, Meyboom-Jon, Dekker, e Schuling, 2009).

Foi sugerido igualmente, que a atividade pode contribuir para um aumento da neuroplasticidade do cérebro durante a fase de recuperação, ajudando assim no retorno ao trabalho (Castellanos et al., 2011, Sorbo et al., 2005, Wilson, 2010). Além de que, a satisfação com o cuidado recebido ajuda a melhorar a aliança terapêutica o que, por sua vez, demonstra uma otimização nas taxas de emprego com pacientes com TCE (Schonberger et al., 2006; Klonoff et al., 2007; Schene et al., 2007; Kissinger 2008).

A este aspeto, Rasmussen et al. (2005) realizou um estudo com 389 pacientes com TCE e identificou que os pacientes tiveram melhores resultados após a reabilitação com um terapeuta mais eficaz.

De salientar que somente alguns estudos com pacientes com TCE, relataram que os participantes retornam aos mesmos locais de trabalho após a lesão (Kendall et al., 2006).

Segundo Holzberg (2001) o retorno aos mesmos trabalhos de antes da lesão apresenta vantagens, pois a adaptação a um novo trabalho, um novo papel e novas pessoas é mais difícil para estes pacientes e pode aumentar a sua ansiedade.

Alguns estudos em pacientes com TCE referem que os empregadores fornecem empregos alternativos quando é necessário (Macaden, Chandler, Chandler, & Berry, 2010). Por exemplo, Buffington e Malec (1997) descobriram que 37% das pessoas com TCE (n=80) voltaram a trabalhar no seu emprego anterior, mas não necessariamente para a mesma função. McCrimmon et al. (2006) identificaram que 14/20 pessoas com TCE retornaram ao mesmo local de trabalho embora com funções diferentes.

O relacionamento de uma pessoa com o seu emprego anterior à lesão e com os seus colegas de trabalho pode ter influência. A importância de uma boa relação empregador/empregado pode ser a variável chave que influencia o esforço feito para o retorno ao trabalho (Macaden et al., 2010).

Outro estudo realizado com 415 trabalhadores na Irlanda, e com uma incapacidade não especificada, identificaram que a existência de uma boa relação entre empregado/empregador e colegas de trabalho é um ponto-chave para o sucesso de adaptação (Muijzer, Groothoff, Geertzen, & Brouwer., 2011).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Classificar o retorno ao trabalho e implementar as modificações na função, nomeadamente, a redução de horas e maior número de pausas são defendidas como boas práticas em trabalhadores em pós TCE (Groswasser, Melamed, Agranov, & Keren, 1999; Ownsworth, & McKenna, 2004; McColl, 2007; British Society of Rehabilitation Medicine, 2010).

A evidência relacionada com o local de trabalho e as intervenções para pessoas com problemas músculo-esqueléticos sugerem que as modificações nas funções de trabalho podem reduzir a ansiedade (Franché et al., 2007).

Johnson (1987; 1998) é um dos poucos autores que detalhou as principais modificações no trabalho que são essenciais para a redução de ansiedade nestes trabalhadores, tais como a redução de horas, trabalho mais fácil, ensaios de trabalho não remunerados, formação para problemas específicos do trabalho e apoio constante no local de trabalho.

Ao longo dos últimos dez anos, Johnson demonstrou também que quem tinha beneficiado destas modificações no trabalho apresentou maiores probabilidades de sucesso do que quem não recebeu. O autor, concluiu que a oportunidade de modificar o local de trabalho foi mais importante para o sucesso, do que factores como a idade ou a gravidade da amnésia pós-traumática.

Um estudo qualitativo realizado com 12 trabalhadores pós TCE determinou a fadiga como o principal fator que limita a capacidade de trabalho. Este fator afeta negativamente a capacidade cognitiva, o comportamento e o humor (McCrimmon et al., 2006; Johansson et al., 2009, van Velzen et al., 2011).

A capacidade em controlar a fadiga pode reduzir os erros, diminuir a irritabilidade, melhorar a atenção e, deste modo, aumentar a probabilidade de sucesso de retorno ao trabalho (Johansson et al., 2009).

1.5 O papel da Enfermagem no processo de transição da pessoa com traumatismo crânio-encefálico para a vida laboral

O processo de transição em pessoas com condições incapacitantes é ineficaz e ineficiente. Existe por isso, a necessidade de profissionais com conhecimentos, no sentido de facilitar estas transições que resultem em maior valor para os pacientes e as suas famílias (Gage, Everett, & Bullock, 2009).

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

A teoria do curso da vida representa um paradigma para os padrões de vida e influências sociais, culturais e históricas (Elder & Giele, 2009). Uma transição é definida como a mudança de papéis e responsabilidades sociais e a compreensão de experiências dos indivíduos durante o processo de transição.

A transição do hospital para a vida ativa da pessoa pós TCE é uma transição significativa para todos, inclusive para os membros da família e para os empregadores (Turner et al., 2008).

À medida que a profissão de Enfermagem continua a especializar-se, houve um aumento do número de modelos e estruturas desenvolvidos para a reabilitação como especialidade. A prática de Enfermagem apresenta a sua própria competência profissional e modelo. A reabilitação é praticada em diversas configurações, como a reabilitação aguda em casa, cuidados intensivos de longa duração e ambulatórios (Miller et al., 2010).

A prática de Enfermagem de reabilitação é reconhecida como a especialidade de gestão de atendimento de pacientes com condições de saúde crônicas ao longo da vida útil. Os EEER procuram a utilização de evidências atuais e a tecnologia ideal de suporte para o cliente e cuidados centrados na família e na vida ativa.

Os enfermeiros e prática avançada facilitam o conhecimento de Enfermagem através da definição de papéis, tomada de decisão clínica e como agentes de mudança (Gerrish et al., 2011). Utilizam a sua experiência e visão para prestar assistência especializada, sensibilidade cultural, apoiar o cliente, a família e outros profissionais, para atingir metas e adquirir capacidades, na gestão de saúde e da doença (Grandstaff & Lyons, 2012; Vaughn, 2009).

Segundo Green, Kelloway, Davies-Schinkel, Hill, & Lindsay (2011), as estratégias utilizadas pelos enfermeiros quando associadas a estas diretrizes clínicas, cuidados rápidos e consistentes influenciam positivamente os resultados dos seus pacientes.

A otimização da colaboração e coordenação entre clientes, famílias e profissionais de saúde para promoção da segurança e transição oportuna através de configurações de cuidados são o foco de competência dos EEER. De acordo com Korner, Ehrhardt & Steger (2013) estes profissionais melhoram a experiência de transição devido aos seus conhecimentos e competências únicos.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Um estudo realizado por White et al. (2013) enfatizou a importância da comunicação e da colaboração no seio da equipa de reabilitação como eficaz para melhorar os resultados do paciente.

O papel do enfermeiro nos pacientes pós TCE é importante na reabilitação cognitiva. A reabilitação cognitiva é um conjunto de atividades terapêuticas que se destinam a readaptar a capacidade do indivíduo para pensar, usar o julgamento e tomar decisões. O foco está na melhoria dos défices de memória, atenção, perceção, aprendizagem, planeamento e julgamento (Korner, et al, 2013).

O termo reabilitação cognitiva é aplicada a um conjunto de intervenções e estratégias com a finalidade de ajudar os pacientes pós TCE a reduzir, lidar com défices cognitivos causados pela lesão cerebral.

O resultado desejado da reabilitação cognitiva é a melhoria da qualidade de vida e da capacidade de funcionar no trabalho.

O termo reabilitação inclui amplamente a reinserção social, familiar e ambiente de trabalho, a redução de dependência de dispositivos ou serviços de assistência.

Os modelos de reabilitação de TCE diferem na definição de tratamento, técnicas, intensidade, duração, especificidades, e objetivos. Alguns programas visam uma abordagem cognitiva, enquanto outros disponibilizam um conjunto geral de terapias de reabilitação. O treino pode ser direcionado para a melhoria de uma única tarefa ou para correção de um prejuízo global como a memória (Whiteneck et al., 2011).

A reabilitação cognitiva apresenta diferentes configurações de prática, que se sobrepõem em diversos graus e cobrem cuidados continuados. A recuperação cognitiva contínua em estágios sobrepostos ocorre com melhorias significativas.

O estágio da lesão com a reabilitação precoce em configurações mais estruturadas ocorre geralmente para a transição dos pacientes para o local de trabalho.

Existe uma grande variedade de intervenções terapêuticas utilizadas na reabilitação do TCE. A tabela seguinte demonstra o conjunto de intervenções descritas no Painel de Desenvolvimento de Consenso para a reabilitação de pessoas com TCE (NIH, 1998), e adaptado por Bjorkdahl (2010).

Tabela 2: Tipos de programas reabilitação da pessoa com TCE

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Configuração/tipo de programa	Descrição geral
Agudo Programas de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Aceita pacientes clinicamente estáveis no momento da alta hospitalar aguda - Ambiente hospitalar de reabilitação hospitalar - Foco em serviços intensivos de restauração física e cognitiva nos primeiros meses após a lesão - Equipa de tratamento multidisciplinar - Duração de curto prazo
Intensivo e longo Programas de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Uma extensão do programa de reabilitação aguda para pacientes gravemente feridos - Altamente estruturado - Concentra-se na reciclagem cognitiva e da memória, fonoaudiologia, AVD's, comportamento social e fisioterapia - Formação profissional e reentrada comunitária - O doente permanece no programa desde que demonstre progresso - Estadia típica de 6 a 12 meses
Longo prazo Programas de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Presta serviços de reabilitação e gestão prolongados em ambiente residencial - Concentra-se na gama completa de intervenções de reabilitação - Trata pacientes que necessitam de ambiente estruturado e faz melhorias lentas - O doente permanece no programa desde que demonstre progresso - Geralmente não para colocação permanente
Vitalício Programa residencial	<ul style="list-style-type: none"> - Aceita pacientes incapazes de viver independentemente - Para indivíduos gravemente feridos - Concentra-se na colocação permanente - Oferece atividades específicas para estimulação cognitiva
Vida Transicional Programas	<ul style="list-style-type: none"> - Prepara o paciente para a máxima independência, ensina habilidades de interação com a comunidade - Ambiente residencial supervisionado - Abordagem holística - Programas especializados focados em cognitivo, memória, fala e terapias comportamentais - Envolve a educação, habilidades de resolução de problemas, estratégias de tomada de decisão para transições de vida - Oferece formação profissional e formação individualizada às necessidades do paciente - Pode ser oferecido numa variedade de instalações, tais como casa de grupo pequeno, centro comunitário ou estabelecimento de educação especial
Programas de Tratamento diurno	<p>Similar ao <i>Transitional Living Program</i> num formato não-residencial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abordagem holística - Foco na melhoria das habilidades funcionais - Programas especializados focados em cognitivo, memória, fala e terapias comportamentais - Envolve a educação, habilidades de resolução de problemas, estratégias de

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

	tomada de decisão
Para transições de vida	<ul style="list-style-type: none">- Oferece formação profissional e formação individualizada às necessidades do paciente- Ambulatório ou Residencial
Programas de Tratamento	<ul style="list-style-type: none">- Intervenções de Enfermagem e reabilitação realizadas em ambulatório ou em casa- Pode ser programa disciplinar específico ou coordenado de reabilitação multidisciplinar- Individualizado às necessidades do paciente- Foco na melhoria das habilidades funcionais- Pode envolver educação, resolução de problemas, habilidades de enfrentamento
Intervenções de Reabilitação Cognitiva	<ul style="list-style-type: none">- Exercícios cognitivos ou acadêmicos- Treinamento assistido por computador- Treinamento de técnica compensatória- Auxílios externos- Treinamento em habilidades de comunicação- Psicoterapia- Modificação comportamental- Modelos interdisciplinares abrangentes (meio)- Reabilitação vocacional- Farmacoterapia- Exercício físico, fisioterapia ou treinamento aeróbico- Arte e terapia musical- Nutrição- Espiritualidade- Terapias alternativas ou não tradicionais

Fonte: Adaptado de Bjorkdahl, A. (2010)

De uma forma geral, as estratégias terapêuticas de reabilitação podem dividir-se em abordagens com vista a recuperar as capacidades cognitivas e abordagens que têm como finalidade compensar as dificuldades sentidas pelo paciente.

O fundamento principal para a recuperação é a prática intensiva ou exercício, ou seja, torna-se possível melhorar a função cognitiva através do restabelecimento e aprendizagem de padrões de comportamentos. As técnicas incluem as práticas reforçadas em matéria auditiva, tarefas visuais e verbais, manipulação de números, estimulação assistida por computador e feedback de vídeo (Arango-Lasprilla et al., 2010).

Por outro lado, as intervenções de compensação concedem a perda irrecuperável da função, e, concentram-se essencialmente na adaptação aos

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

défices. Estes mecanismos compensatórios incluem as pistas visuais, livros de memórias, mnemónicos, técnicas de auto-monitorização e pagers, que desencadeiam determinados comportamentos (Corrigan et al., 2012).

Estas duas abordagens, não se excluem mutuamente, e na prática de programas de reabilitação cognitiva para pacientes pós TCE, combinam as técnicas restaurativas e compensatórias (Corrigan et al., 2012).

Tendo em atenção a interação de fatores neurofísicos, cognitivos e psicológicos que resultam das lesões cerebrais, os indivíduos são habitualmente tratados de forma abrangente, integrada e holística (Grandstaff & Lyons, 2012).

O continuum de cuidados para lesão cerebral grave adquirida inclui prevenção, serviços pós-hospitalares e programas comunitários. Tradicionalmente, a ênfase tem sido o tratamento médico agudo com menos atenção na reabilitação pós-aguda, onde a maior parte do tempo de sobrevivência - e os custos públicos - são gastos. O apoio familiar é frequentemente vital para facilitar o acesso aos serviços de recuperação, manutenção da função e melhoria da qualidade de vida de pessoas com lesão cerebral grave em todos os estágios do continuum.

A investigação demonstrou que o acesso aos serviços de reabilitação nos primeiros meses após lesão cerebral grave leva a melhores resultados (CDC, 2014, Marquez de la Plata, 2015), mesmo para pacientes em coma (Giacino, Fins, Laureys, & Schiff, 2014). O acesso à reabilitação na população na fase de lesão cerebral grave também é limitado, apesar da evidência de que o acesso nesta fase também melhora os resultados, embora as melhorias sejam menos visíveis (Lewis & Horn, 2015; Malec & Kean, 2015).

Os pacientes com TCE podem ter problemas de memória e, por essa razão, é importante as intervenções com os enfermeiros. As limitações da memória são um dos défices que mais ocorrem neste tipo de patologia.

A atenção é outro domínio cognitivo onde a intervenção do enfermeiro é fundamental. Numa experiência realizada por Chan, Hoosain, & Lee (2002) com 10 pacientes com TCE foram comparados com 10 controlos saudáveis em tarefas de enigma de vaivém. Todos os participantes completaram o quebra-cabeças em vídeo. Numa das tarefas, os participantes foram instruídos a verbalizar as suas ações, e no outro, sem ter estas instruções. Os resultados demonstraram melhorias na capacidade de atenção.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

As incapacidades ou disfunções associadas ao TCE podem não ser as únicas preocupações destes pacientes, pois podem ter problemas psicossociais, os quais necessitam de intervenções ao nível das perceções sociais. Estas perceções podem ser relacionadas com o contexto cultural e natureza do sistema de saúde.

Não se torna fácil o diagnóstico de necessidades de um paciente com TCE, pois muitas vezes não estão associados a sintomas visíveis, pelo que os pacientes tendem a dissimular estas dificuldades.

O papel do enfermeiro nesta estrutura passa pela articulação, acompanhamento e intervenção no doente nas várias valências. Assume principal destaque na consulta de Enfermagem à pessoa com TCE que se focaliza no processo educativo, centrado nas necessidades específicas do doente, com o objetivo de ajudar o doente a gerir a sua situação de doença e a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da sua saúde. Com vista à deteção/ resolução de situações, que apenas se identificam no próprio ambiente domiciliário, o enfermeiro, amplia a sua intervenção a este contexto.

A prática da Enfermagem de reabilitação é reconhecida como a especialidade capaz de efetuar a gestão do atendimento de pessoas com condições de saúde crónicas ao longo da vida útil.

A evidência atual apoia essas intervenções por enfermeiros e a educação do cliente-cuidador necessária para maximizar a qualidade de vida das pessoas com deficiência e as condições crónicas de saúde. Os EEER consideram os pacientes como parte de uma unidade familiar.

A otimização da colaboração e coordenação entre os clientes, famílias e profissionais de saúde para promover a segurança e a transição oportuna através das configurações de cuidados são o foco da competência. Mesmo que os clientes e as famílias possam perceber a tomada de decisões de transição como assustadora, os enfermeiros de reabilitação e outros profissionais de reabilitação podem melhorar a experiência de transição, incluindo a tomada de decisão sobre o retorno ao trabalho (Korner, et al, 2013).

Os enfermeiros de reabilitação são os membros ideais da equipa para ajudar nas transições para a vida ativa devido aos seus conhecimentos e habilidades únicos (Camicia, Black, Farrell, Waites, Wirt, & Lutz., 2014). Um exemplo de cuidado foi notado por Wissel, Olver, e Stibrant Sunnerhagen (2013), que demonstraram que

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

os cuidados nas transições promoveram uma maior realização de metas de reabilitação em sobreviventes de AVC ao longo do continuum de cuidados.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo será realizada uma análise crítica das atividades desenvolvidas em estágio. Para tal, decidi enunciar os objetivos propostos no projeto, analisando as atividades desenvolvidas para os alcançar e relacionando com as competências de EE e EEER, preconizadas pela OE, assim como com os padrões de qualidade emanados para o EEER.

Foram também expostos os constrangimentos e limitações associados aos objetivos propostos, e a forma como foram ultrapassados tendo em vista o desenvolvimento e aquisição de competências de EE e EEER.

No que concerne o objetivo **conhecer e integrar a equipa e dinâmica dos locais de estágio**, este foi sendo atingindo gradualmente. A integração em ambos os locais decorreu de forma harmoniosa e sem dificuldades de maior, considerando a excelente atitude e abertura das equipas que me receberam e, creio que também contribuiu a minha vontade de aprender e retirar o máximo de todos os momentos de aprendizagem.

Inicialmente foram realizadas entrevistas às EEER e ao enfermeiro Chefe no serviço de MFR (ainda na fase de projeto), à posteriori realizei uma pesquisa pelos documentos de integração aos serviços, uma pesquisa bibliográfica e observação de procedimentos, o que me permitiu realizar um documento de caracterização dos respectivos locais e enquadrar-me melhor nos locais onde decorreu a minha prática. (APÊNDICE II)

Como referido, a integração nos locais de estágio foi gradual, começando pela observação da atuação da EEER e da interação com os restantes elementos da equipa de Enfermagem, assim como com os diferentes profissionais de saúde da equipa interdisciplinar. Esta abordagem interdisciplinar é fundamental no processo de reabilitação, pelo que, a troca de informações com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico assistente, sobre a sua avaliação da evolução da pessoa se torna permanente. O enfermeiro surge assim, tal como refere Hesbeen (2003), como

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

elemento privilegiado na relação que estabelece com a pessoa e na detecção precoce de alterações.

Durante os estágios fui-me apercebendo de quão importante é o trabalho de parceria na reabilitação da pessoa, respeitando não só os tempos de atividade de cada especialidade, mas também o descanso das pessoas, sendo que este deve ser integrado no programa de reabilitação. Verifiquei que tal sucedia no serviço de MFR onde eram estipulados momentos de repouso e descanso para a pessoa. Recordo um momento em que inquiri a uma senhora a quem estava a prestar cuidados sobre esse tempo de descanso e ela me respondeu que aproveitava aquele tempo para reflectir sobre como tinha corrido a sessão da manhã e no que poderia mudar para a tarde. Compreendi então que este momento de descanso era especialmente apreciado não só para o repouso do corpo cansado dos vários momentos de exercícios, mas também muito importante para que o cérebro da pessoa pudesse repousar e assimilar o apreendido, de forma a no futuro conseguir melhorar a atenção e performance na realização do plano de treino.

Na ECCI tive primeiramente necessidade de perceber como a mesma se integrava ao nível da comunidade, do próprio organograma da unidade de saúde e mesmo da RNCCI. Para tal, inicialmente fui consultar e recordar a legislação que define a RNCCI e ECCI assim como outras unidades funcionais, e também me foram facultados (por intermédio da minha enfermeira orientadora MLR) documentos que me permitiram conhecer melhor o raio de atuação da ECCI, os projetos em que estão envolvidos e a sua articulação e parcerias com outras instituições e organizações. A este nível fiquei surpreendida pela boa articulação realizada com outras instituições e organizações, nomeadamente IPSS's do concelho.

A ECCI encontra-se envolvida na comunidade e participa em grupos de trabalho e atividades a nível municipal, e, tive a oportunidade de observar e colaborar numa ação de sensibilização e prevenção e rastreio da Diabetes que está a ser efectuada no concelho de Mafra com a participação da câmara municipal e das suas juntas de freguesia. Com esta ação pretende -se contribuir para a prevenção, controlo e tratamento desta doença, que afeta cada vez mais portugueses e que tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e na gestão eficaz dos recursos do sistema de saúde, sendo importante a intervenção do EEER na medida em que este atua na prevenção primária mais que na secundária, através do rastreio precoce e também da posterior sensibilização, mobilização e ensino para a mudança

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, contribuindo para ganhos em saúde.

Ao nível da articulação com as IPSS's por duas ocasiões participei em reuniões com responsáveis das instituições, tanto no sentido de gerir casos particulares de utentes, como para discutir as parcerias de ajudas domiciliárias ao nível do apoio na higiene e alimentação, organizando caso a caso a forma de melhor delinear o plano de cuidados de cada utente. A equipa tenta que estas reuniões tenham um carácter mensal para discutir a evolução dos utentes e famílias, tendo sido numa destas situações que se veio a perceber a necessidade de formação ao nível dos ajudantes familiares e cuidadores de pessoas com demência, que abordarei mais à frente.

Ainda ao nível da articulação com outras organizações, a ECCI tem acesso a um banco de ajuda técnicas, cuja sede e gerência se encontra sob a alçada da protecção civil, estando o mesmo dotado de camas articuladas, cadeiras de rodas e de banho, pedaleiras, canadianas e bengalas, entre outros, e cabe ao enfermeiro a prescrição dos mesmos conforme a necessidade. Esta prescrição implica que haja disponibilidade e não tem carácter permanente, tem sim um período de empréstimo de 90 dias, dando oportunidade ao utente de perceber se se adapta ou não ao material e serve também como uma janela de tempo para a família, utente ou cuidador adquirir o material necessário.

Esta possibilidade de o EEER poder articular com os recursos existentes na comunidade é significativa pois, tal como Hesbeen (2003) refere é a capacidade de inferência que permite ao EEER estabelecer a ligação entre os diferentes parâmetros, diferentes aspetos, assim como combinar os múltiplos recursos, pondo em evidência e dando ênfase ao melhor para cuidar da pessoa.

A ECCI tem reuniões quinzenais em que discutem a sua carteira de clientes, estão presentes na reunião os enfermeiros de reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e uma médica assistente que pertence a UCSP e dá apoio aos doentes da ECCI que não têm médico de família atribuído. São discutidos os casos doente a doente e o plano de intervenção (entre os diferentes intervenientes), assim como o planeamento de alta ou transferência.

A realização destas atividades permitiu-me o desenvolvimento de competências de EE no domínio de responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade e mais concretamente no domínio da gestão de

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

cuidados, nomeadamente em C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão”; C2.2. “adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”; Permitiu, igualmente, o desenvolvimento de competências de EEER no domínio J2.2. “promove a mobilidade a acessibilidade e a participação social”.

Ao nível dos padrões de qualidade dos cuidados do EEER, verificou-se promoção da saúde, através da cooperação com as estruturas da comunidade e reeducação funcional relacionada com a articulação e cooperação interdisciplinar.

No início do estágio senti necessidade de reavaliar as minhas competências, tendo em conta os meus dez anos de experiência profissional enquanto enfermeira generalista num serviço de neurocirurgia de um hospital central, a minha perspectiva de adquirir competências de EEER e o retorno a estudante, mas agora com experiência profissional. Assim, e tendo em conta os níveis de proficiência de Benner (2001), no papel de estudante autoavaleiei-me ao nível de iniciado avançado, considerando a experiência profissional e o conhecimento enquanto enfermeira generalista, mas com pouco ou nenhum domínio ao nível de outras matérias. Neste sentido Benner (2001) refere que os enfermeiros que integram um novo serviço podem regressar ao nível de iniciado, havendo necessidade de suporte teórico e indicações objectivas que permitam o desenvolvimento de competências, pelo que foi muito importante o envolvimento da Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação LM do serviço de MFR, e da Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação MLR da ECCI.

Ainda neste sentido reflexivo foi-me sugerido pela professora orientadora a realização de balanço semanal das atividades desenvolvidas, o que me permitiu não só a análise das mesmas, como também as dificuldades sentidas no contexto da prática e na aplicação do projeto. Como senti dificuldade no registo escrito dos mesmos durante o primeiro estágio, optei no entanto por uma prática reflexiva oral com a EEER LM. No segundo estágio evolui, tanto no sentido de realizar esse balanço (por escrito) regularmente, como refletir com ajuda da EEER MLR, e também com o feedback da professora orientadora VMP, o que me permitiu identificar dificuldades e aspetos a melhorar e ainda concentrar-me em estratégias de resolução.

Desta forma creio que desenvolvi competências de EE nos domínios: D1.1. “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”; D1.2. “gera

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” e D2.2. “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”.

Como referi anteriormente, no início do estágio, enquadrei-me no nível de iniciado avançado, de acordo com os níveis de proficiência da Benner (2001), e neste sentido para dar resposta ao objetivo **avaliar e diagnosticar necessidades de cuidados de Enfermagem de reabilitação na pessoa após TCE**. Comecei por me focar mais nos conceitos técnicos e objetivos, consultando o processo clínico e observando a interação e organização da EEER, procurando estudar as matérias mais desconhecidas de forma a conseguir fundamentar a minha intervenção o melhor possível.

A realização de avaliação inicial é de extrema importância e relevância no sentido não só de conhecer as alterações físicas, psicológicas e sociais atuais, mas também para que se possa comparar a como era previamente ao incidente, e ainda para definir as necessidades reais tendo por base o que a pessoa considera relevante. Na pessoa após TCE é frequente as alterações da consciência, da atenção, da memória e da linguagem, pelo que este conhecimento pode ser comprometido, pelo que é de extrema importância a colheita de dados junto dos familiares, amigos e pessoas significativas.

Recordo a Sra. E., vítima de atropelamento, com diagnóstico de TCE, que foi transferida de um serviço de medicina, tendo o incidente ocorrido já há mais de dois meses. Comecei a minha intervenção pela avaliação do seu estado atual, mas rapidamente me apercebi que para além da amnésia para o acontecido, a Sra. também tinha dificuldade em manter atenção e concentração, pelo que facilmente se perdia no discurso, tive por isso necessidade de recorrer às informações no processo clínico, e sobretudo dos familiares e inclusive do patrão, para perceber como era o seu dia-a-dia, a sua vida social e a sua ação laboral.

Este exercício foi extremamente importante para definir quais as capacidades a treinar como para planear que tipo de intervenção e de treino de AVD's.

No serviço de MFR é prática comum o uso de escalas que permitem uma linguagem concreta e objetiva para todos os profissionais, assim como uma avaliação da evolução do doente segundo parâmetros standartizados e consistentes. As escalas que utilizei com maior frequência foram a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel, a escala de Lower para a

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

avaliação da força muscular, a escala de Ashworth Modificada para avaliar a espasticidade, e o exame mini-mental para avaliação da orientação, memória, atenção e cálculo, evocação e linguagem, sendo as mesmas aplicadas conforme indicação e diagnóstico do doente (ANEXOS II, III, IV, V e VI). A aplicação de escalas aquando da prestação de cuidados permite uniformizar a avaliação, perceber quando há uma alteração, entender o progresso, facilitar e uniformizar a linguagem na passagem de ocorrências. Há limitações, é um facto, mas confere maior rigor na avaliação.

Apercebi-me que a minha experiência profissional enquanto enfermeira num serviço de neurocirurgia poderia ser uma mais valia, pois à partida já tinha conhecimento e prática na área da avaliação neurológica, no entanto, também rapidamente me apercebi da dificuldade que iria ter na implementação das escalas visto que, apesar de não me serem totalmente desconhecidas, não me é hábito utilizar as mesmas de forma exaustiva tendo sido necessário o seu estudo assim como o estudo da sua implementação de forma premente.

Identifiquei como constrangimento o facto de os registos não serem todos efectuados ao nível informático, havendo uma distribuição da informação que não me pareceu benéfica. O processo de Enfermagem não incorpora a prática especializada, nomeadamente a utilização destas escalas, e, esta limitação dificulta a homogeneidade da informação clínica recolhida, considerando que mantém metade da informação em modelo digital e outra metade em versão papel. Este aspeto, dificulta ainda a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem, em especial da Enfermagem especializada em reabilitação.

Ao nível da ECCI também são utilizadas diversas escalas e instrumentos de avaliação (escala de Braden, escala de Morse, escala de Barthel e Instrumento de avaliação integrada que conjuga a escala de Lawton e Brody com o índice de Katz), sendo que o sistema de registos em vigor é o sisqual, que não tem propriamente definido os diagnósticos e intervenções de Enfermagem especializada, no entanto é possível adaptar esses diagnósticos. Também aqui existe a duplicação e o espantilhamento de informação visto que, como a equipa pertence a RNCCI, tem que efetuar também registos ao nível da plataforma da rede. Considero que o facto destes sistemas não terem ligação é uma limitação, pois a duplicação da informação leva a uma maior probabilidade da mesma se perder ou ficar mal registada. Assim, e

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

com o intuito de contornar esta limitação faz-se a impressão em papel do processo da plataforma da RNCCI.

Por outro lado, os registos no sisqual ainda têm outro constrangimento que passa pela limitação de informação em escrita livre, o que pode tornar redutor e difícil dar visibilidade às intervenções de enfermagem especializada, porque cada profissional tem o seu modo de escrita e não se pode descrever todas as manobras e intervenções que foram realizadas.

Neste ponto, creio que desenvolvi competências de EE no domínio de A1 “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, e de EEER no domínio de J1.1 “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”.

No que diz respeito ao objetivo **elaborar e implementar planos de intervenção para a promoção de capacidades adaptativas da pessoa após TCE para o retorno à vida laboral**, que como já referi, durante as últimas semanas do estágio no serviço de MFR tive oportunidade de realizar avaliação inicial, acompanhar e prestar cuidados de reabilitação a uma pessoa vítima de TCE. Esta experiência permitiu-me elaborar um conjunto de diagnósticos de Enfermagem especializada dando suporte a um processo de transição múltiplo, que envolveu pequenas transições que vão ocorrendo em simultâneo ao longo de um período de tempo prolongado e que são criadoras de mudanças na identidade, no papel social e no comportamento da pessoa.

De acordo com Meleis (2010) há condições de âmbito pessoal que influenciam significativamente o processo de reabilitação, entre elas, o significado da transição, as crenças culturais, o estatuto socioeconómico e os conhecimentos da pessoa.

O processo de transição múltiplo ocorre em simultâneo no doente e família e estas diferentes transições têm relações entre si, como seja – a transição saúde-doença (no doente que está a recuperar dos défices); transição situacional (no doente que está de baixa médica para a vida em sociedade ou procura emprego; na família que está a adaptar-se ao papel de cuidadores); de desenvolvimento (com a possível reforma antecipada; dificuldades na manutenção e reconstrução da identidade), é ao EEER que cabe a responsabilidade de identificar, auxiliar e apoiar

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

neste processo de modo a que o mesmo seja realizado de forma tão saudável quanto possível.

No caso em questão a transição saúde-doença da Sra. E. ocorreu de forma brusca num atropelamento, que colocou a senhora e família numa situação de vulnerabilidade ao nível físico, psicológico e social.

Ao nível físico ocorreram um conjunto de alterações introduzidas pelos défices motores e sensitivos (hemiparésia esquerda com alteração do equilíbrio estático e dinâmico), que originam dependência de terceiros na realização das AVD.

Ao nível psicológico estava registado em diário clínico instabilidade de humor, com períodos de labilidade emocional, tendo sido pedido acompanhamento psicológico. À observação a doente apresentava-se geralmente bem-disposta mas tinha esporádicos episódios de tristeza pelo tempo de internamento, e saudades da família, nomeadamente das suas filhas e referia desânimo quando confrontada com a necessidade de apoio na realização de AVD's como a higiene, vestir/despir e eliminação.

Ao nível social a Sra. E. encontrava-se numa situação de ambiguidade, pois por um lado tinha saudades do contacto com sua a família e também com a família dos patrões, visto que era governanta e ama de uma família, mas por outro lado não queria “ser um empecilho” como se descrevia.

Estas alterações permitiram definir vários diagnósticos, entre eles: consciência alterada por défice de atenção e de concentração; dependência em posicionar-se em grau moderado por hemiparésia esquerda; dependência no autocuidado higiene em grau moderado por hemiparésia esquerda e alteração do equilíbrio estático de pé e dinâmico; dependência no autocuidado alimentação em grau moderado por hemiparésia esquerda; dependência no autocuidado uso do sanitário em grau moderado por hemiparésia esquerda e défice de atenção.

Tendo em conta que a alteração da atenção é uma das consequências mais comuns na lesão cerebral, podendo ser condicionada por um dano difuso num dos hemisférios ou no tronco cerebral. Este constitui um processo complexo e é parte integrante e crucial para a catividade sensorial e indispensável para a memória (Caldas, 2000). Segundo Lundy-Ekman (2004) a manutenção da atenção relaciona-se com os lobos frontal e parietal direito. Esta está muito relacionada com a consciência.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Neste sentido a elaboração de planos de reabilitação tendo em conta as alterações da atenção e memória constituiu um desafio, visto que condicionam a realização de diversas atividades. A forma como se capta a atenção é fundamental, uma vez que, por um lado a atenção seletiva depende dos estímulos do meio, sendo necessário reduzi-los (fechando as cortinas no quarto, por exemplo), por outro é necessário recorrer a estímulos visuais, auditivos ou tácteis para recuperar a atenção da pessoa para a atividade a desenvolver.

No caso da Sra. E. tive oportunidade de desenvolver atividades de estimulação da atenção como jogos de diferenças, sopas de letras, identificação de figuras, números, utilizando para tal o quadro de apoio a comunicação que desenvolvi em contexto formativo (APÊNDICE VII).

Ao nível da ECCI realizei a avaliação do Sr. BS e o plano de reabilitação do mesmo que se encontra em APÊNDICE V, tendo o processo evoluído com eficiência. Apartir do momento em que o doente se podia deslocar ao exterior para realização de fisioterapia, foi planeada a alta do mesmo. Assim realizei os registos informáticos na plataforma da RNCCI e realizei visitas domiciliárias à pessoa e família no sentido de esclarecer dúvidas e incentivar a continuação da colaboração do doente no processo de reabilitação dando bastante ênfase à sua importância.

Desenvolvi competências de EE no domínio B1.2 “incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”, D2.2 “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, assim como competências de EEER nos domínios de J1.2 “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”.

Relativamente aos padrões de qualidade dos cuidados do EEER, realizei intervenções promotoras da readaptação funcional, através da concepção e desenvolvimento de planos que permitem maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

Atendendo ao objetivo **planear o treino de AVD's visando maximizar a autonomia e promovendo o autocuidado da pessoa após TCE**, foram diversas as intervenções que foram desenvolvidas tendo em conta as limitações da funcionalidade identificadas.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Retornando ao caso da Sra. E. e tendo em conta os diagnósticos levantados foi indispensável a instituição de planeamento antecipado do material para realização da sua higiene pessoal e a revisão dos passos a seguir na realização da mesma, para que esta atividade esteja previamente organizada e de forma concisa. Também a instituição de micção horária permitiu evitar as perdas urinárias por episódios de urgência. A ida a casa durante o fim-de-semana, quando se sentia mais confiante, permitiu perceber como conseguia realizar as AVD's mudando de ambiente, e assim perceber as suas reais dificuldades quando confrontada com o seu meio e com estímulos externos não controláveis, o que não é o caso do ambiente hospitalar.

Na associação Novamente, no Grupo de Pares, as pessoas têm em comum o facto de terem sofrido TCE, mas apresentam défices físicos, cognitivos, psicológicos e sociais diferentes, no entanto, o poder de partilhar experiências, dificuldades e estratégias adaptativas surge no grupo como incentivo. Fiquei surpreendida como um grupo à partida tão díspar é também tão coeso. Ali é fomentado o espírito de grupo e todos se encorajam conjuntamente, o que permite muitas vezes quebrar barreiras. Deixo como exemplo o caso de um jovem com descoordenação motora que por medo de quedas se deslocava em cadeira de rodas e ia às reuniões de Pares requisitando uma ambulância, mas que com o apoio e encorajamento de uma outra pessoa que morava perto dele e, com a concordância dos pais/cuidadores começou a ir às reuniões de comboio na sua companhia, mais tarde e após mais algum encorajamento começou a fazer as deslocações com o apoio de andarilho, o que melhorou a sua mobilidade, mas mais importante, a sua autoimagem e a sua autoestima também melhoraram.

Este objetivo constitui o âmago de todo o percurso, incorpora os restantes e reflete-se neles, pois os planos de reabilitação são realizados com o intuito de desenvolver competências motoras, sensitivas, cognitivas e respiratórias permitindo o desenvolvimento da autonomia, do bem estar físico, mental e social, e com finalidade última a promoção do autocuidado.

Como já referi o factor tempo é um aspeto fulcral na reabilitação, seja o tempo para iniciar a reabilitação, seja o tempo de duração da mesma, assim como o tempo de descanso no plano de reabilitação, sobretudo no que concerne à promoção do autocuidado. Este é um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados, tal como está reflectido no

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação.

Enquanto estudante em contexto de estágio, tive oportunidade de treinar com as pessoas o desenvolvimento de estratégias que promovessem a maior independência possível no desenvolvimento do autocuidado. No entanto tenho consciência que muitos dos resultados que obtive foram devido não só à motivação e perseverança dos doentes, mas também ao meu tempo disponibilizado.

Considero que o facto de o EEER muitas vezes acumular funções de enfermeiro generalista, como é o caso no serviço de MFR, ou de ter muitos doentes, como na ECCI, é um constrangimento, pois se nos fosse possível, em contexto diário de cuidados, dispor do tempo necessário - o tempo da pessoa - conseguiríamos capacitá-las mais e melhor, reduziríamos tempos de internamento e necessidades de cuidados prolongados em instituições após a alta.

No serviço de MFR assim como na ECCI tinha um ou dois doentes atribuídos a quem prestava cuidados, o que me permitia dispor de mais tempo para a avaliação, implementação e realização de exercícios dirigidos à pessoa respeitando os tempos de adaptação de cada um e até o tempo de descanso necessário. Além disso, o tempo necessário para realização de registos era menor, pelo que tinha mais tempo disponível para trabalhar com os doentes.

Isto constituiu para mim uma situação de grande reflexão e alargamento de horizontes, sobretudo no que diz respeito à motivação no processo de reabilitação e consequentemente na promoção do autocuidado. A gestão das expectativas, emoções e motivação, o suporte, a avaliação e a personalização do plano de intervenção são aspetos fundamentais na promoção do autocuidado. Tal como o encaminhamento para outros profissionais e instituições, favorecendo a continuidade de cuidados.

O autocuidado constitui uma filosofia de cuidados que é facilmente incorporada e que é cada vez mais útil e atual.

O desenvolvimento das atividades inerentes à promoção do autocuidado contribuiu para o desenvolvimento de competências de EEER nos domínios J1.2. “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; J1.3. “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial,

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”; J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas”; J2.1. “elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida”; J3.1. “concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório”; J3.2. “avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados”.

Em relação aos padrões de qualidade dos cuidados do EEER, realizei intervenções promotoras de readaptação funcional, através da concepção e desenvolvimento de planos que maximizem as capacidades funcionais da pessoa potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, e da reeducação funcional através da identificação das necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade e dos factores facilitadores/inibidores para a realização de AVD's de forma independente, avaliação dos aspetos psicossociais e planeamento em conjunto de estratégias como cliente.

Quanto ao objetivo **reeducar as funções sensório-motor e cardiorrespiratória da pessoa após TCE**, os planos de reabilitação constituíram uma mais valia na prestação e melhoria dos cuidados prestados, tendo sido colocado em apêndice um exemplar. (APÊNDICE V)

A pessoa após TCE pode apresentar patologia e achados diversos, pelo que a avaliação neurológica deve ser completa. Durante o estágio, mas também ao longo de toda a minha vida profissional, apercebi-me que consoante a localização é mais ou menos provável encontrar determinados achados, mas a forma como se manifestam varia de pessoa para pessoa. Para além disso, por vezes existem lesões antigas noutras localizações que espelham alterações de que não estamos à espera.

No serviço de MFR apenas tive oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa com TCE, mas de modo a atingir o objetivo e desenvolver competências de EEER, no serviço de MFR e na ECCI foram prestados cuidados a pessoa com AVC.

A parésia ou plegia é uma das consequências mais comuns da lesão cerebral adquirida. Segundo Bobath (1990) e Jonhstone (1987) citados por Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira os objetivos na reabilitação, deverão ser “evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos voluntários do

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

ladoafetado.”(Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012, p. 76)

Neste contexto, tive oportunidade de desenvolver atividades como:

- Posicionamento em padrão antiespástico e facilitação cruzada – com o objetivo de reintegrar o hemicorpo no esquema corporal, reeducar o reflexo postural e a sensibilidade postural.

- Mobilizações passivas e ativas – A realização de mobilizações passivas foi feita com o objetivo de manter a mobilidade e amplitude articular, melhorar a circulação de retorno, atrasar ou reduzir a instalação de espasticidade e prevenir contracturas, tal como refere Menoita, et al (2012) sobretudo ao nível da articulação escapulo-umeral, pelo risco do ombro doloroso. À medida que ia realizando as mobilizações ia descrevendo o movimento e pedindo ao doente que fosse incorporando a imagem do movimento e, quando possível, observando o mesmo. Na presença de força muscular, foi dada preferência a mobilizações ativas assistidas (grau de força 3) assistindo o movimento, ativas e ativas resistidas quando a força muscular era 4. Foram observados ganhos em força muscular, e foi claramente visível a melhoria da amplitude articular e ausência de contracturas.

Foi dado especial relevo na realização de exercícios de mão e motricidade fina, pela importância que a mesma tem no desempenho de AVD's.

- Auto-mobilização dos membros superiores – com o objetivo de ajudar a pessoa a tomar consciência da mão como parte integrante do seu corpo e a manter o membro superior em padrão antiespástico.

- Atividades terapêuticas como rolar para o lado mais e menos afetado, a realização da ponte, a rotação controlada da anca e carga no cotovelo foram realizadas com o intuito de numa fase inicial, promover a mobilidade, a integração do hemicorpo no esquema corporal, estimular a sensibilidade, reeducar o reflexo postural e favorecer o alinhamento corporal (Menoita, et al, 2012).

Estas atividades serviram também com o intuito de fortalecer os músculos do tronco e preparar para o levante e marcha.

- Transferências – As transferências do leito foram realizadas preferencialmente para cadeira de rodas universal. A preferência foi dada à cadeira de rodas por permitir um melhor alinhamento corporal com apoio de pés e possibilidade de associar uma superfície de trabalho.

O momento da transferência foi também associado ao treino do equilíbrio de pé, com o intuito de favorecer a sensibilidade postural e propriocepção.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

- Treino de equilíbrio - O treino do levantar-se e sentar-se na cadeira ou na cama foi também realizado com especial atenção à explicação da sequência do procedimento, no sentido de favorecer a sua execução até um sistema de apoio /educação. Quando esta técnica já era feita com segurança foi realizado o mesmo treino mas com uma bola suíça.

□ Treino de marcha – Na marcha, é necessário que a cada passo o equilíbrio seja alterado e restabelecido. O desenvolvimento da coordenação e mudança do peso adequados para fornecer equilíbrio estável são imprescindíveis. Assim, antes de iniciar a marcha é necessário que exista já equilíbrio estático e dinâmico sentado e estático de pé e, deste modo, é essencial que exercícios como rolar na cama, fazer a ponte, sentar-se, ficar de pé estejam dominados (Seixas, 2015, citando Kottke, Stillwell, & Lehmann, 1986).

Exercícios no leito como flexão e extensão da articulação da coxa e joelho, adução e abdução da coxa, rotação externa e interna, flexão e extensão da tíbio-társica, inversão e eversão, flexão e extensão dos dedos dos pés devem ser realizados para favorecer a formação de engramas motores de coordenação necessários para a marcha (Seixas, 2015, citando Kottke, Stillwell, & Lehmann, 1986).

- Exercícios de coordenação - A coordenação motora deve ser treinada bilateralmente. Assim, realizei exercícios de coordenação em posição sentada e de pé, estática e dinâmica. Faço a ressalva para os exercícios de coordenação e equilíbrio na barra da cama que permitiram um acréscimo de confiança e de segurança para a pessoa. Foram realizados exercícios como flexão e extensão, abdução e adução da coxo-femoral, flexão e extensão da femuro-tibial, transferência de peso de um membro inferior para o outro, flexão lateral do tronco, dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica, aumentando progressivamente as repetições.

- Exercícios de reeducação da musculatura facial - Tive oportunidade de realizar exercícios que compreenderam a mímica facial, usando um espelho para visualizar e treinar. Por outro lado, foram também solicitados às pessoas exercícios que poderiam fazer de forma autónoma como soprar ou sugar por uma palhinha.

Relativamente à disfagia, é uma sequela comum na pessoa com AVC, e o EEER tem um papel importante na avaliação, diagnóstico e intervenção, promovendo uma deglutição segura, prevenindo a desnutrição, a desidratação e a pneumonia de aspiração.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Durante o estágio tive oportunidade de avaliar a deglutição, usando água com espessante com colher. A disfagia a líquidos foi testada usando seringa por 3 vezes e se estivesse mantida a deglutição, era fornecido de seguida um copo cheio com água. Neste sentido, a doentes a quem foi identificado disfagia foram realizados ensinamentos no sentido de gerir a dieta e ensinadas manobras posturais como flexão da cabeça, mas também manobras compensatórias da via aérea, como a deglutição dupla que minimizam os restos de comida na cavidade oral, podendo ser associada a outras. A dupla deglutição pode ser associada a manobras como a deglutição supraglótica (protege a via aérea inferior e promove o encerramento das cordas vocais) ou manobra de Mendelsohn (favorece a elevação da laringe durante a deglutição) (Menoita, et al, 2012) .

Anteriormente, identifiquei como limitação ao entrar na segunda fase do meu estágio a reduzida ou nula experiência na avaliação e intervenção na área das funções cardiorrespiratória mais concretamente na RFR, assim no estágio da comunidade procurei desenvolver a auscultação, a inspeção, a palpação e a percussão do tórax como forma de avaliação o que me permitiu adquirir experiência até então desconhecida. Por sentir alguma dificuldade em identificar alterações, então por sugestão da Professora Orientadora, procurei ouvir os sons do pulmão e alterações em formato digital e posteriormente para confirmação realizei a auscultação e confirmei junto da EEER MLR.

A RFR, constitui segundo Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia (1988) uma terapêutica baseada no movimento, que atua nos fenómenos mecânicos da ventilação, de forma externa, com o intuito de melhorar a ventilação alveolar. Os objetivos centram-se na redução da tensão psíquica e muscular, na prevenção e correção de defeitos ventilatórios para melhorar a ventilação alveolar, permeabilidade das vias aéreas, correção de defeitos posturais, performance dos músculos inspiratórios e reeducação no esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

O programa de reabilitação na pessoa com patologia respiratória obstrutiva compreende a RFR, a educação para a saúde e o treino pelo exercício (DGS, 2009).

Heitor, et al. (1988) reforçam a importância da eliminação de secreções, consequência da hiperatividade brônquica.

Em doentes com DPOC tive a oportunidade de realizar ensinamentos com o intuito de favorecer a limpeza da via aérea, de forma prevenir a ocorrência de infeções respiratórias, promover o autocuidado e autogestão da doença, prevenindo

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

readmissões hospitalares, com ganhos em saúde de qualidade de vida, mas também de redução dos custos, tal como preconizado pela circular informativa sobre as orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na DPOC (DGS, 2009).

Relativamente à RFR saliento a realização de exercícios respiratórios como a respiração com os lábios semicerrados (de forma a evitar o colapso das vias aéreas na expiração), a respiração diafragmática (uma vez que a maioria das vezes a respiração é predominantemente torácica) e o ênfase na fase expiratória (para favorecer a desinsuflação pulmonar).

O exercício dos membros superiores e inferiores, constituiu também uma das atividades educativas. De acordo com DGS (2009) deverá ser realizado treino de endurance dos membros e treino ao esforço, tendo estes exercícios sido realizados e adaptados aos domicílios das pessoas e ao material disponível, como o uso de bola de praia, uso de batom, assim como envolver os familiares na realização dos exercícios.

Ao nível do estágio na ECCL tive ainda a oportunidade de realizar drenagem de secreções, a maioria das vezes modificada, por estar contraindicado o declive. Para favorecer o mecanismo da tosse tive oportunidade de realizar tosse dirigida, após a mobilização de secreções. A realização de manobras acessórias (percussão, vibração e compressão) também se revelaram uma mais valia.

Para reexpansão do pulmão, realizei reeducação diafragmática (global, posterior e hemicúpulas), reeducação costal (global, costal superior e inferior) com e sem resistência, e ainda exercícios específicos como abertura costal seletiva (Cordeiro & Menoita, 2012).

A realização destes exercícios revelou-se importante porque na minha prática profissional não são realizados com frequência porque implicam participação da pessoa, e em doentes com alteração da consciência, como no serviço de neurocirurgia, estes nem sempre são passíveis de realização.

Assim, creio que desenvolvi competências de EEER nos domínios: J1.2. “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; J1.3. “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”; J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas”; J2.1. “elabora e implementa

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida"; J3.1. "concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório"; J3.2. "avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados".

Em relação aos padrões de qualidade dos cuidados do EEER, realizei intervenções promotoras de readaptação funcional, através da concepção e desenvolvimento de planos que maximizam as capacidades funcionais da pessoa, e da reeducação funcional através da identificação das necessidades específicas da pessoa, avaliação dos aspetos psicossociais e planeamento em conjunto de estratégias.

Quanto aos objetivos **promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, e suportar a prática clínica em evidência científica e conhecimento na área de especialidade visando ganhos em saúde,** foram transversais a toda a prática clínica apontando para a aquisição e desenvolvimento de competências de EE, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como no domínio da melhoria da qualidade.

O exercício seguro, profissional e ético é responsabilidade de qualquer enfermeiro. No entanto, quanto ao enfermeiro especialista cabe a liderança efetiva de processos de tomada de decisão de maior complexidade, sendo a sua competência na área da especialidade reconhecida, pelo que desempenha um papel de consultor para a restante equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tanner (2006) refere que o julgamento clínico envolve não só flexibilidade como também conhecimento aprofundado da prática, sendo esta modelada pela ambiguidade e imprevisibilidade, mas também por um entendimento da pessoa, o qual ultrapassa a sua situação clínica e se estende às suas interpretações, à sua experiência de doença e aos seus recursos físicos, sociais e emocionais.

De facto, ao longo do estágio curricular fui sucessivamente confrontada com a gestão de processos de tomada de decisão para os quais a capacidade de resposta foi sendo treinada e desenvolvida, com o apoio dos enfermeiros orientadores, com base numa prática reflexiva e no respeito pelos princípios ético-deontológicos da prestação de cuidados.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Em ambos os contextos da prática clínica, considero que o EEER funcionava de forma relativamente autónoma da equipa de cuidados gerais, pois, embora articulasse com os colegas, os enfermeiros especialistas obedeciam a uma visão, um tempo e modo próprios. Tal diferença era percebida pelos clientes, que identificavam um propósito na intervenção destes enfermeiros distinto dos restantes. Hesbeen salienta esta relação ao referir a relação de prestador de cuidados e pessoa cuidada como um encontro que tem *“um objetivo bem definido que é o de conseguir tecer laços de confiança com essa pessoa. Isto traduz-se pelo sentimento que a pessoa cuidada experimenta de que aquele prestador de cuidados vai assisti-la, vai ajudá-la na sua situação particular que não se limita à afeição de que o seu corpo sofre”* (Hesbeen, 2003, p. 74).

Uma das principais particularidades que pude observar e experimentar foi a construção de uma relação de parceria, que embora se aproxime da técnica da relação de ajuda, reveste-se de um carácter singular na medida em que se baseia na convicção da pessoa de que a intervenção daquele enfermeiro tem um valor acrescentado a oferecer-lhe e solicita a sua colaboração e empenho, ao mesmo tempo que respeita e valoriza a sua individualidade e autonomia.

Assim sendo, o princípio da autonomia, foi pedra de toque na prestação de cuidados nos dois contextos e estende-se muito para além do mero consentimento para a realização de técnicas. Pelo contrário, sobretudo quando a independência (ou autonomia funcional), se encontrava comprometida, pude perceber o quão importante é que a pessoa sinta que detém controlo e poder de decisão sobre a sua vida. Com frequência pude também observar como o esclarecimento desta distinção junto das famílias foi marcante e fomentador de melhor qualidade de relacionamento.

O cuidado pela conservação da intimidade e privacidade da pessoa cuidada foi um princípio igualmente observado no decorrer da prática clínica, não só no que diz respeito à exposição do corpo e à confidencialidade da informação, mas também no que concerne à evidência conferida às limitações, tais como compromissos de funcionalidade, alterações da imagem corporal ou dificuldades de comunicação decorrentes da sua situação de saúde. Neste sentido observei que ao nível do serviço de MFR era importante que a pessoa usasse as suas roupas e bens pessoais, de modo a sentir-se mais confortável e para não se encarar tanto como um doente, no sentido negativo, mas numa perspetiva mais de recuperação,

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

adaptação e reintegração que manifestasse especial preocupação com o arranjo pessoal antes de ir realizar atividades nos espaços exteriores e também de forma a melhor perceber quais as dificuldades quando no seu domicílio.

A este nível observei que frequentemente no serviço de MFR pessoas que partilhavam de similaridades de diagnóstico, por exemplo AVC, TCE ou LVM frequentemente gostavam de conversar e partilhar conhecimentos e experiências, do mesmo modo, também esta partilha era aproveitada pelo EEER para criar momentos entre os clientes que permitam a partilha assim como o esclarecimento de dúvidas e ajuste de expectativas. Recordo o caso de um jovem vítima de acidente de viação com LVM e com o qual estava a ser difícil contornar algumas questões nomeadamente no que diz respeito à cadeira de rodas, que teria de adquirir num futuro próximo com vista à alta. Este foi um momento marcante para ele pois foi quando se confrontou com o facto de que a sua situação de paraplegia era algo com que tinha de viver, pelo que estava renitente a todas as cadeiras de rodas que encontrava. Todas tinham pequenos defeitos que não se enquadravam consigo. Foi então que a EEER se lembrou de proporcionar um momento partilha de experiências em que o jovem se reuniu com outro cliente antes internado no serviço e agora em tratamentos de ambulatório, o que levou o rapaz a perceber e a adaptar as suas expectativas.

Um dos aspetos cada vez mais valorizados no contexto da qualidade da prestação de cuidados de saúde é a segurança. Esta foi também uma das minhas preocupações primordiais durante o estágio tanto no que diz respeito à componente técnica da minha intervenção, como também à segurança ambiental no contexto da prestação de cuidados.

Assim, procurei munir-me de conhecimento, pesquisando evidência científica e normas, assim como observar a execução técnica dos enfermeiros orientadores e considerar o mais possível as suas correções e sugestões, no sentido de que a minha intervenção junto de cada pessoa pudesse ser eficaz e correta. A supervisão, sobretudo nas fases mais iniciais do estágio e sempre que me deparei com situações novas, foi essencial para garantir a qualidade do meu desempenho. Da mesma forma, também para alguns clientes, sobretudo em situações de transferência (nas quais o medo de queda é frequente) senti que a presença do enfermeiro orientador era tranquilizadora.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

No que concerne à segurança ambiental, na prestação de cuidados os princípios gerais aplicam-se tanto à intervenção do enfermeiro especialista como à do enfermeiro de cuidados gerais. Por exemplo, é fundamental assegurar que gestos simples não são descurados, tais como travar a cadeira de rodas, garantir a correta utilização de dispositivos de ajuda, verificar que o que a pessoa tem calçado é adequado, e que o pavimento não se encontra molhado quando se realiza treino de marcha.

Outra dimensão elementar da segurança na prestação de cuidados, e que assume maior relevância tendo em conta a natureza fisicamente exigente do trabalho do EEER, é a segurança do próprio prestador de cuidados. Foi durante a prática clínica que, graças à constante atenção e correção dos orientadores, pude estar atenta à minha postura e procurar respeitar também os princípios de mecânica corporal. Também, como utilizar os recursos ao meu dispor, nomeadamente no serviço de MFR, o uso de cinto no doente e em mim permitiu conferir maior segurança ao doente e a mim própria para realizar atividades como transferências e treino de marcha controlada.

Esta pareceu-me ser, ao longo do estágio, uma das temáticas em que mais frequentemente o EEER desempenha um importante papel de consultor da restante equipa, sobretudo numa lógica de formação informal. Outros objetos deste tipo de intervenção prendem-se com práticas de cuidados nas quais lhe é reconhecido um domínio e competência particulares, tais como técnicas de mobilização, posicionamento e transferência, avaliação da disfagia, limpeza da via aérea ou promoção da independência no autocuidado.

Relativamente ao objetivo **partilhar momentos de aprendizagem em contexto de trabalho, na área de Enfermagem de reabilitação**, ao longo da prática foram sendo identificadas necessidades de formação que levaram ao desenvolvimento de ações formativas.

Durante o estágio no serviço de MFR estando a prestar cuidados a uma doente com AVC com disartria acentuada, assim como a outros doentes com alterações da fala, que tinham por vezes dificuldade em comunicar com os profissionais e com os familiares, levando a situações de isolamento e de depressão, com apoio da EEER LM, realizei uma pesquisa que me levou à elaboração de um quadro de apoio à comunicação e ação de formação sobre o

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

mesmo, porque apesar das pessoas terem terapia da fala no seu programa de reabilitação, a comunicação é algo que acontece em todos os momentos. (APÊNDICE VI e VII)

A comunicação é um processo interactivo, desenvolvido em contexto social e que requer um emissor que codifica e formula a mensagem e um receptor que a descodifica e compreende. Implica respeito, partilha e compreensão mútua. Deste modo, a comunicação não implica só a linguagem falada, mas também é a expressão facial, a escrita, o desenho/símbolos, o gesto ou até um livro de comunicação.

Neste sentido e com o objetivo de reabilitar, é essencial, melhorar, tanto quanto possível, as capacidades comunicativas do paciente e possibilitar a sua adaptação psicológica, emocional, familiar e social, pois as relações sociais têm um papel fulcral na vida das pessoas.

Assim, sabendo que existem diversos sistemas de comunicação que passam pelo conjunto integrado de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de expressão usa para comunicar, os sistemas adaptativos e aumentativos permitem eliminar barreiras e constituem um recurso de combate às incapacidades e dificuldades de expressão. Existem recursos tecnológicos, como aplicações em telemóveis e tablets, mas também recursos de baixa tecnologia como objecto reais, miniaturas, símbolos representativos e quadro e tabelas de comunicação.

Deste modo, e numa tentativa de dar resposta não só às poucas possibilidades dos serviços hospitalares, mas também de modo a ser acessível a indivíduos mais jovens ou mais idosos, criei o quadro de apoio à comunicação que ficou disponível no serviço em papel e também em formato digital (APÊNDICE VII).

Na ECCI, como já referi anteriormente, numa das reuniões com os parceiros das IPSS's surgiu a necessidade de formação em cuidados à pessoa com demência. Esta ação de formação surgiu com o intuito de capacitar os cuidadores e ajudantes familiares no sentido de lhes fornecer estratégias facilitadoras que garantam a continuidade de cuidados, e assim contribuir para que os cuidadores obtenham o máximo de eficácia no desempenho das suas funções, minimizando o seu desgaste físico e psicológico. (APÊNDICE VIII e IX)

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Nestas formações houve bastante interação entre formador e formandos, tendo sido colocadas várias dúvidas em ambas as temáticas. Os formandos demonstraram interesse e foram realizadas avaliações positivas das mesmas.

Na formação sobre a demência foram esclarecidas várias questões, nomeadamente relacionadas com o envelhecimento e as alterações de memória. A propósito desta ação de formação tive necessidade de contactar com associação portuguesa de Alzheimer que forneceu documentação de apoio aos formandos. Organizei pastas individuais para os formandos que continham a documentação de apoio, os dispositivos da formação, assim como o certificado de formação e o documento de avaliação da mesma. Estabeleci o contacto com o auditório da Casa da Cultura D. Pedro V para autorização de utilização do mesmo, tendo sido ali que a formação decorreu.

Com estas iniciativas desenvolvi competências de EE nos domínios B1 “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; B2 “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”; D2.1 “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”.

Em relação aos padrões de qualidade dos cuidados de EEER realizei intervenções promotoras da inclusão social ao capacitar a comunidade para o respeito e integração da pessoa com deficiência, assim como no desenvolvimento de estratégias promotoras da inclusão ativa da pessoa com deficiência, incluindo condições de habitação, formação.

3. AVALIAÇÃO

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio permitiram-me compreender quão indivisível são, por vezes, as áreas de apoio na reabilitação. Apesar de enquanto estudante e muitas vezes mesmo profissional, haver uma necessidade de separar a área sensoriomotora, da área respiratória, elas interligam-se e complementam-se no plano major da reabilitação. Este trajecto permitiu-me adquirir uma visão mais abrangente e integrada dos problemas detectados.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Considero que, apesar de todas as limitações, a implementação do projecto de formação constituiu uma mais valia na demonstração de que a intervenção do EEER junto da pessoa com TCE pode contribuir para ganhos em saúde, não só ao nível hospitalar, mas também nos diferentes campos de ação.

Tal como tenho vindo a referir houve constrangimentos e limitações ao nível da implementação do projeto de formação, entre eles, a ausência de um programa de reabilitação específico ou o reduzido número de pessoas com TCE com que contactei em contexto de prestação de cuidados de reabilitação. No entanto, considero ter conseguido evidenciar como as condições facilitadoras e inibidoras podem condicionar o processo de transição.

O autocuidado é conceito chave na disciplina de reabilitação, mas frequentemente é reduzido a uma dicotomia dependência/independência, não tendo em vista que comportamentos e factores com motivação e adesão ao programa de reabilitação influenciam e determinam a maior participação laboral, social e até uma diminuição nos custos económicos.

Assim, a avaliação do conhecimento e expectativas da pessoa e família relativamente à sua situação é fundamental, de forma a perceber se estão ou não adequadas e se pode ou não constituir um problema. Esta abordagem personalizada implica um conhecimento profundo da pessoa e o assumir de uma relação de parceria com o objetivo de capacitar e co-responsabilizar a pessoa no seu processo de reabilitação.

Este trilha de pensamento encaminhou-me ao Modelo das transições de Afaf Meleis, que refere que o processo de transição tem um percurso muito próprio e com identidade singular, e que é influenciado pelas características pessoais dos indivíduos, pelo o estado de preparação e o nível de conhecimentos prévios, e pelos recursos comunitários e as condições sociais. Estes pontos e o conhecimento dos mesmos é referenciado como podendo ser facilitadores ou inibidores do processo de transição.

Por isso, o regresso à vida laboral, em sociedade ou a casa, da pessoa após TCE, será favorecido se a família possuir características de suporte e se os profissionais de saúde particularmente os EEER pela sua posição privilegiada, assumirem como objetivo terapêutico a capacitação da pessoa. A transição é ainda facilitada quando, na comunidade onde a pessoa reside, existem recursos como o

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

apoio domiciliário, serviços de reabilitação e parceiras com outras organizações e instituições.

Num sentido mais amplo importa reflectir sobre os custos pessoais, sociais e económicos que a pessoa após TCE suporta a longo prazo, pois a institucionalização, baixa-médica, diminuição de produtividade do cuidador que tem reduzir horas ou deixar de trabalhar, o isolamento, depressão, acarreta consequências dispendiosas, e que perante uma intervenção adequada podem ser reduzidos.

A pessoa após TCE apresenta diferentes problemas sensíveis a intervenção do EEER tais como défices motores ou sensitivos, comprometimento cognitivo, alterações do comportamento, os quais condicionam quadros de ansiedade, depressão, restrição da participação, repercursões familiares, laborais e sociais e, conseqüentemente, diminuem a qualidade de vida dos indivíduos.

O EEER, pela natureza das suas competências, assume um papel preponderante, nos diferentes contextos de ação, seja hospitalar ou comunitário, na medida em que se foca na autonomia e na responsabilidade que cada pessoa deve assumir no seu projeto de reabilitação. O enfermeiro orienta a sua intervenção, realiza gestão de recursos e promove a inserção e participação social do indivíduo.

Relativamente às limitações deste percurso, como referido, prendem-se com a ausência de experiência de RFR no contexto hospitalar, nomeadamente na avaliação respiratória e confirmação com exames complementares de diagnóstico, como observação de avaliação de Rx torax e determinação de diagnósticos específicos adequando corretamente as manobras a efetuar.

Considero importante a oportunidade de contactar com a realidade comunitária e, mais concretamente, com o desafio que é adequar um programa de reabilitação ao ambiente familiar, onde a prestação de cuidados se reveste de um carácter particular. Também a oportunidade que tive de estágio de observação na associação Novamente veio reforçar a pertinência da continuidade da reabilitação e a importância do trabalho de parceria no processo de reinserção e reintegração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS

A transição para a vida laboral após sofrer um TCE é um processo

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

importante, tal como foi referido e observado ao longo de todo este trabalho, e está associado a uma melhoria na qualidade de vida e de saúde da pessoa e sua família.

A pessoa deve assumir o papel principal em todo o percurso do processo e reabilitação, e é neste sentido que o EEER deve planear essa reabilitação. Cabe ao Enfermeiro especialista delinear um plano que esteja de acordo com as expectativas e projeto de vida da pessoa, minimizando as limitações e restrições à sua participação nas atividades. O EEER deve intervir como elemento de suporte neste período de transição, estando atento ao modo como a pessoa gere a mudança e sendo promotor de condições facilitadoras do regresso à vida ativa, afastando ideias pré-concebidas de deficiência e incapacidade.

Neste percurso e experiência clínica tive oportunidade de observar como certos factores como a atitude positiva, o desenvolvimento de autoconfiança, da assertividade, a motivação, o apoio da família e pessoas significativas são facilitadores neste processo. Tal como descrito na literatura, quando estas condições não ocorrem, o mais provável é que todo o processo tenda a estagnar, resultando em processos de transição negativos.

Ao longo da prática clínica vim também a perceber o quão importante é a reconversão do trabalho, podendo o mesmo passar apenas por mudança nas acessibilidades, e/ou também por alterar as suas funções enquanto trabalhador ou ainda modificar o seu posto de trabalho. Estas alterações implicam mudanças não só ao nível das organizações, mas também ao nível da comunidade e das pessoas que a constituem.

A realização deste trabalho correspondeu a um grande investimento a vários níveis, mas concluo com o sentimento de ter conseguido de alguma forma responder à minha questão inicial e de ter conseguido alcançar os objetivos que permitem fundamentar a importância da intervenção do EEER junto da pessoa com TCE, sobretudo na sua transição para a vida laboral.

Através da pesquisa bibliográfica foi possível definir que o TCE é um diagnóstico complexo e que envolve diversas variáveis, também a sua reabilitação constitui um processo que pode ser complicado e longo, não sendo no entanto impossível. São diversos os programas de reabilitação existentes, mas creio que é mais importante salientar a avaliação da pessoa, perceber quais as condições facilitadoras e inibidoras da transição, quais as estratégias a adotar no sentido de apoiar a pessoa e família para que essa transição seja sã. Creio que tão importante

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

como definir um programa específico, é necessário delinear linhas orientadoras que esquematizem e orientem a aplicação dos programas de reabilitação.

Neste sentido, não poderia deixar de ressaltar a importância do envolvimento da família em todo este processo, sendo essenciais para todos os intervenientes, pois para o enfermeiro, a família é fonte de informação privilegiada e parceira de cuidados; para a pessoa é fonte de cuidados, de afetos, de apoio e motivação; para os próprios familiares que desempenham um papel ativo e essencial na transição, no readquirir de nova identidade e na mudança de papéis. Em estágio verifiquei quão importante é escutar as preocupações e dúvidas dos familiares e pessoas significativas, compreendendo as suas dificuldades de forma a melhor os ajudar e apoiar em todo o processo.

Da experiência na ECCI, e pela observação realizada na Associação Novamente, conclui que é essencial promover intervenções que facilitem a transição para toda a família, considerando as suas dificuldades, e creio que cada vez mais essas intervenções devem passar pela prestação de cuidados na comunidade e a manutenção da pessoa na sua habitação. Para tal, é fundamental conhecer os recursos da comunidade e realizar a devida articulação com as entidades e instituições aí existentes.

Senti como grande dificuldade, na implementação deste projeto, o número reduzido de pessoas após TCE a quem tive oportunidade de prestar cuidados, mas considero que a experiência de observação ao nível da Associação Novamente foi bastante enriquecedora e esclarecedora dos caminhos a seguir.

Creio também que foi importante refletir sobre a temática da transição para a vida laboral fora do contexto da patologia, mas antes integrada no processo de reabilitação da pessoa em idade ativa e que deve ser incluída na vida em sociedade. Acredito que o EEER pode ser elemento chave na inclusão da pessoa com incapacidade, limitação ou deficiência na comunidade e na atividade laboral, e que esta área de intervenção do enfermeiro permite ganhos em saúde significativos para a população. No futuro, procurarei integrar e desenvolver esta postura de intervenção, principalmente através da sua assimilação na minha prática e na dinâmica do serviço onde exerço profissionalmente.

Chegado a este ponto, e em jeito de reflexão, torna-se claro que a riqueza das aprendizagens e experiências vividas ao longo destes anos excedem largamente o que comporta este relatório.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Este caminho nem sempre foi sem obstáculos, no entanto, penso poder afirmar que este foi um trajeto concluído com sucesso, ao longo do qual desenvolvi um olhar e um juízo das situações de cuidados necessariamente diferente, ao mesmo tempo que adquiri progressivamente confiança na avaliação, na execução técnica e na tomada de decisão.

Todavia, ser EEER vai muito além da conclusão de um percurso académico; implica prática e continuidade. No panorama socioeconómico atual que é determinado pela escassez de recursos económicos e por constrangimentos na gestão de recursos humanos, é cada vez mais difícil aos enfermeiros que terminam a sua formação encontrar espaço nos seus contextos profissionais para o exercício enquanto especialistas.

A experiência em estágio também permitiu perceber que as competências e funções do EEER se adequam aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), o que lhe confere relevância em qualquer contexto de prestação de cuidados e abre portas a caminhos de desenvolvimento profissional marcados por uma prática de carácter reflexivo e baseada na evidência, ressaltando a qualidade e utilidade dos cuidados de Enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central dos Sistemas de Saúde (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Acedido em 23/12/2016. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>

Adams JH, Graham DI, Murray LS, Scott G. (1982) Lesão axonal difusa causada por traumatismo crânio-unilateral em humanos: uma análise de 45 casos. *Ann Neurol*. 1982; 12 : 557-63.

Arango-Lasprilla J.C., Plaza S., Drew A., Romero J.L, Pizarro J.A., Francis K., Kreutzer J. (2010). Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. *Neurorehabilitation*, 27(1), 83-93

Bay, E., Donders, J. (2008). Risk factors for depressive symptoms after mild-to-moderate traumatic brain injury. *Brain Injury* 22(3): 233-41.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Berendsen, A. J., Jong, G. M., Meyboom-Jong, B., Dekker, J. H. e Schuling, J. (2009). Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface - a qualitative study. *BMJ health services research* 9: 62

Bernabeu M, Laxe S, Lopez R, Stucki G, Ward A, Barnes M, Kostanjsek N, Reed G, Tate R, Whyte J, Zasler N, Cieza A. (2009) Developing Core Sets for persons with Traumatic Brain Injury based on International Classification of Functioning, Disability and Health. *Neurorehabil Neural Repair* ; 23(5):464-467

Bigler ED, Maxwell WL. (2012) Neuropathology of mild traumatic brain injury: relationship to neuroimaging findings. *Brain Imaging Behav.* ;6:108–36.

Bjorkdahl, A. (2010). The return to work after a neuropsychological programme and prognostic factors for success. *Brain Injury* 24(9): 1061-9.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Brain Trauma Foundation; American Association of Neurological Surgeons; Congress of Neurological Surgeons; Joint Section on Neurotrauma and Critical Care, AANS/CNS, Bratton SL, Chestnut RM,

British Society of Rehabilitation Medicine (2010). *Vocational Assessment and Rehabilitation for People with Long-Term Neurological Conditions: Recommendations for Best Practice*. British Society of Rehabilitation Medicine, London

Brouwer, S., Krol, B., Reneman, M. F., Bultmann, U., Franche, R. L., van der Klink, J. J. & Groothoff, J. W. (2009). Behavioural determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behaviour. *Journal of occupational rehabilitation* 19(2): 166-74.

Buffington, A. & Malec, J. (1997). The Vocational Rehabilitation Continuum: Maximising Outcomes through Bridging the Gap from Hospital to Community Based Services. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 12(5): 1-13.

Caldas, A. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw Hill editora.

Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., & Lutz, B.. (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: A white paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 3–15

Carroll LJ, Cassidy JD, Cancelliere C, Côté P, Hincapié CA, Kristman VL, et al. Revisão sistemática do prognóstico após lesão cerebral traumática leve em adultos: resultados cognitivos, psiquiátricos e de mortalidade: resultados da colaboração internacional sobre prognóstico leve de lesão cerebral traumática. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014; 95 : S152-73.

Castellanos, N. P., Leyva, I., Buldu, J. M., Bajo, R., Paul, N., et al. (2011) Principles of recovery from traumatic brain injury: Reorganization of functional networks. *NeuroImage* 55(3): 1189-99

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2014). *Report to Congress on traumatic brain injury in the United States: Epidemiology and rehabilitation*. Acedido em 02/02/2016. Disponível em: http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/TBI_Report_to_Congress_Epi_and_Rehab-a.pdf

Chan, R. Hoosain, & T. M. C. Lee, (2002) Talking while performing a task: a better attentional performance in patients with closed head injury? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 24, no. 5, pp. 695–704.

Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., & Freil, J. C. (2004). Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85 (6), 943 – 950.

Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 519-530

Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Coronado VG, McGuire LC, Sarmiento K, et al. (2012) Trends in Traumatic Brain Injury in the U.S. and the public health response: 1995-2009. *J Safety Res.*; 43(4):299-307

Corrigan, J., D., Cuthbert, J., P., Whiteneck, G., G., Dijkers, M., P., Coronado, V., Heinemann, A., W., Harrison-Felix, C., & Graham, J., E.(2012). Representativeness of the Traumatic Brain Injury Model Systems National Database. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 27(6), 391 – 403

Corrigan, J. D., Bogner, J. A., Mysiw, W. J., Clinchot, D. and Fugate, L. (2001). Life satisfaction after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 16(6): 543-55.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Dalton C, Farrell R, De Souza A, Wujanto E, McKenna-Slade A, Thompson S, et al. (2012) Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. *Clin Rehabil.*;26(2):165-73.

Dekkers-Sanchez, P. M., Wind, H., Sluiter, J. K. and Frings-Dresen, M. H. (2010) A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42(6): 544-52

DGS. (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Elder, G.H.J., & Giele, J.Z. (Eds.). (2009). *The craft of life course research*. New York: *Guilford Press*

Escorpizo, R., Stucki, G., Cieza, A., Davis, K., Stumbo, T. e Riddle, D. (2010). 'Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice'. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 90, 7, pp. 1053-1063

Faul M, Wald M, Rutland-Brown W, Sullivent E, Sattin R. Using a cost-benefit analysis to estimate outcomes of a clinical treatment guideline: testing the Brain Trauma foundation guidelines for the treatment of severe traumatic brain injury. *J Trauma*. 2007;63(6):1271-1278

Feigin VL, Theadom A, Barker-Collo S, Starkey NJ, McPherson K, Kahan M, et al. (2013) Incidência de lesão cerebral traumática na Nova Zelândia: um estudo de base populacional. *Lancet Neurol*. 12 : 53-64.

Franché, R. L., Severin, C. N., Hogg-Johnson, S., Cote, P., Vidmar, M. & Lee, H. (2007a). The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: a 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 49(9): 960-74

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Franulic, A., Carbonell, C. G., Pinto, P. & Sepulveda, I. (2004). Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI. *Brain Injury* 18(2): 119-29.

Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (1), 56-62.

Gardner RC, Burke JF, Nettiksimmons J, Kaup A, Barnes DE, Yaffe K. (2014) Risco de demência após lesão cerebral traumática vs trauma não-cerebral: o papel da idade e gravidade. *JAMA Neurol.*; 71: 1490-7.

Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirschbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004–2014

Giacino, J., T., Fins, J. J., Laureys, S., & Schiff, N. D. (2014). Disorders of consciousness after acquired brain injury: the state of the science. *Nature Reviews Neurology*, 10, 99-114.

Goldstein LE, Fisher AM, Tagge CA, Zhang XL, Velisek L, Sullivan JA, et al. (2012) Chronic traumatic encephalopathy in blastexposed military veterans and a blast neurotrauma mouse model. *Sci Transl Med*; 4:134ra 60.

Grandstaff, M., & Lyons, D. (2012). Impact of a continence training program on patient safety and quality. *Rehabilitation Nursing*, 37(4), 180–184

Green, T., Kelloway, L., Davies-Schinkel, C., Hill, M., & Lindsay, P. (2011). Nurses' accountability for stroke quality of care: Part one: Review of the literature on nursingsensitive outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 33(3), 13–21

Groswasser, Z., Melamed, S., Agranov, E. & Keren, O. (1999). Return to work as an Integrative Outcome Measure Following Traumatic Brain Injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 9(3/4): 493 -504.

Gysland SM, Mihalik JP, Register-Mihalik JK, Trulock SC, Shields EW, Guskiewicz KM. (2012) The relationship between subconcussive impacts and

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

concussion history on clinical measures of neurologic function in collegiate football players. *Ann Biomed Eng.* 40:14–22.

Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boeringer Ingelheim.

Hesbeen, W. (2003). *Reabilitação: criar novos caminhos*. Lusodidacta.

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Holzberg, E. (2001). The best practice for gaining and maintaining employment for individuals with traumatic brain injury. *Work* 16(3): 245-258

Huber BR, Meabon JS, Martin TJ, Mourad PD, Bennett R, Kraemer BC, et al. (2013) Blast exposure causes early and persistent aberrant phospho- and cleaved-tau expression in a murine model of mild blastinduced traumatic brain injury. *J Alzheimers Dis*; 37:309–23

Iverson G, Lange R (2011) Moderate and Severe Traumatic Brain Injury. In Schoenberg M and Scott J (Eds) *The Little Black Book of Neuropsychology*. New York: Springer.

Johnson VE, Stewart W, Weber MT, Cullen DK, Siman R, Smith DH. (2016) SNTF immunostaining reveals previously undetected axonal pathology in traumatic brain injury. *Acta Neuropathol*;131:115–35.

Johnson, R. (1998). How do people get back to work after severe head injury? A 10 year follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation* 8(1): 61-79

Johnson, R. (1987). Return to work after severe head injury. *International disability studies* 9(2): 49-54

Kendall, E., Muenchberger, H. and Gee, T. (2006). Vocational Rehabilitation following traumatic brain injury: A quantitative synthesis of outcome studies. *Journal of Vocational Rehabilitation* 25(3): 149-160.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Kissinger, D. B. (2008). Traumatic brain injury and employment outcomes: integration of the working alliance model. *Work* 31(3): 309-17

Klonoff, P. S., Talley, M. C., Dawson, L. K., Myles, S. M., Watt, L. M., Gehrels, J. A. and Henderson, S. W. (2007). The relationship of cognitive retraining to neurological patients' work and school status. *Brain Injury* 21(11): 1097-107.

Kocsis JD, Tessler A. (2009) Pathology of blast-related brain injury. *J Rehabil Res Dev*, 46:667–72.

Koizumi, M. S., & Diccini, S. (2006). *Enfermagem em Neurociência - Fundamentos para a prática clínica*. São Paulo: Atheneu Editora.

Korner, M., Ehrhardt, H., & Steger, A. (2013). Designing an interprofessional training program for shared decision making. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 146–154.

Lewis, F. D., & Horn, G. J. (2015). Neurologic continuum of care: Evidence-based model of post-hospital system of care. *Neurorehabilitation*, 37(3), 243-251.

Leung, K. L. and Man, D. W. K. (2005). Prediction of vocational outcome of people with brain injury after rehabilitation: a discriminant analysis. *Work* 25(4): 333-40.

Lingsma HF, Roozenbeek B, Li B, et al. (2011) Large between-center differences in outcome after moderate and severe traumatic brain injury in the international mission on prognosis and clinical trial design in traumatic brain injury (IMPACT) study. *Neurosurgery*.;68(3):601-608.

Lin MR, Chiu WT, Chen YJ, Wy YU, Huang SJ, Tsai MD, et al. (2010) Longitudinal changes in the health-related quality of life during the first year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. ;91(3):474-80.

Lipton ML, Kim N, Zimmerman ME, Kim M, Stewart WF, Branch CA, et al. (2013) Soccer heading is associated with white matter microstructural and cognitive abnormalities. *Radiology*; 268:850–7.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Lundy-Ekman, L. (2004). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Maas, A. I., Stocchetti, N. and Bullock, R. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adults. *Lancet neurology* 7(8): 728-41.

Macaden, A. S., Chandler, B. J., Chandler, C. and Berry, A. (2010). Sustaining employment after vocational rehabilitation in acquired brain injury. *Disability and rehabilitation* 32(14): 1140-7

Malec, J. F. & Kean, J. (2015). Post-inpatient brain injury rehabilitation outcomes: Report from the national Outcome Info database. *Journal of Neurotrauma*, (in press).

Marquez de la Plata, C. (2015). Timeliness of post-acute brain injury rehabilitation after TBI improves outcome. *The Challenge*, 9, 10-12. Retrieved from <http://www.biausa.org/brain-injury-publications.htm>

McColl, M. A. (2007). Postacute Programming for Community Integration: A scoping review. *Brain impairment* 8(3)

McCrimmon, X. Fan, H. Cheng, E. McNay, O. Chan, M. Shaw, Y. Ding, W. Zhu, R.S. Sherwin (2006) Activation of AMP-activated protein kinase within the ventromedial hypothalamus amplifies counterregulatory hormone responses in rats with defective counter regulation, *Diabetes*, 55, pp. 1755–1760

McCrory P, Meeuwisse WH, Aubry M, Cantu B, Dvorak J, Echemendia RJ, et al. (2013) Consensus statement on concussion in sport: The 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012. *Br J Sports Med*;47:250–8.

McKee AC, Stein TD, Nowinski CJ, Stern RA, Daneshvar DH, Alvarez VE, et al. (2013) The spectrum of disease in chronic traumatic encephalopathy. *Brain*;136:43–64.

McNamee EN, Ryan KM, Griffin EW, Gonzalez-Reyes RE, Ryan KJ, Harkin A, Connor TJ (2009) Noradrenaline acting at central beta-adrenoceptors induces

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

interleukin-10 and suppressor of cytokine signaling-3 expression in rat brain: implications for neurodegeneration. *Brain Behav Immun* 24:660-671.

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Research and Practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Menoita, E. - *Formação em serviço – um contributo para o desenvolvimento de competências*. 1ª ed. Coimbra : Formasau – Formação e Saúde, Lda., 2011. 206 p. ISBN: 978-989-8269-15-7

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P., & Bilinger, S. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient. *Stroke*, 41, 2402–2448.

Muijzer, A., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. and Brouwer, S. (2011). Influence of Efforts of Employer and Employee on Return-to-Work Process and Outcomes. *Journal of occupational rehabilitation*

Nakase Richardson R, Sherer M, Seel RT, Hart T, Hanks R, et al. (2011) Utility of post-traumatic amnesia in predicting 1-year productivity following traumatic brain injury: comparison of the Russell and Mississippi PTA classification intervals. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 82: 494-499.

Newcombe VFJ, Outtrim JG, Chatfield DA, Manktelow A, Hutchinson PJ, Coles JP, et al. (2011) Parcellating the neuroanatomical basis of impaired decisionmaking in traumatic brain injury. *Brain*;134:759–68.

NIH (1999) https://grants.nih.gov/grants/intell-property_64FR72090.pdf

Novamente. (2014). *Impacto sócio familiar do traumatismo crânio encefálico*. Estudo prospectivo, Novamente - Associação de apoio a traumatizados crânio-encefálicos e suas famílias.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Oddo, M.; Levine, J.M.; Kumar, M.; Iglesias, K.; Frangos, S.; Maloney-Wilensky, E.; Le Roux, P.D. (2012) Anemia and brain oxygen after severe traumatic brain injury. *Intensive Care Med.* 38, 1497–1504

Omalu B, Hammers JL, Bailes J, Hamilton RL, Kambh MI, Webster G, et al. (2011) Chronic traumatic encephalopathy in an Iraqi war veteran with posttraumatic stress disorder who committed suicide. *Neurosurg Focus*;31: E3.

Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (2012). Traumatismo Crânio-encefálico: Abordagem integrada. *Acta Medica Portuguesa* , 25 (3), pp. 179-192.

OMS (2011). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Oddo, M.; Levine, J.M.; Kumar, M.; Iglesias, K.; Frangos, S.; Maloney-Wilensky, E.; Le Roux, P.D. (2012) Anemia and brain oxygen after severe traumatic brain injury. *Intensive Care Med.*, 38, 1497–1504

Omalu B, Hammers JL, Bailes J, Hamilton RL, Kambh MI, Webster G, et al. (2011) Chronic traumatic encephalopathy in an Iraqi war veteran with posttraumatic stress disorder who committed suicide. *Neurosurg Focus*;31: E3.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, 20 outubro de 2010.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa, 22 Outubro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: cuidados à Pessoa com alterações da Mobilidade - Posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Série 1, No 7. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Owensworth, T. and McKenna, K. (2004). Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model. *Disability and rehabilitation* 26(13): 765-83.

Petrie EC, Cross DJ, Yarnykh VL, Richards T, Martin NM, Pagulayan K, et al. (2014) Neuroimaging, behavioral, and psychological sequelae of repetitive combined blast/impact mild traumatic brain injury in Iraq and Afghanistan war veterans. *J Neurotrauma*; 31:425–36.

Rasmussen, K. and Andersen, J. H. (2005). Individual factors and GP approach as predictors for the outcome of rehabilitation among long-term sick listed cases. *Journal of occupational rehabilitation* 15(2): 227-35.

Reistetter, T. A. and Abreu, B. C. (2005). Appraising evidence on community integration following brain injury: a systematic review. *Occupational Therapy International* 12(4): 196-217.

Rodriguez-Paez AC, Brunschwig JP, Bramlett HM. (2013) Avaliação microscópica de luz e elétrons de atrofia progressiva após lesão cerebral traumática moderada em ratos. *Acta Neuropathol.* 109 : 603-16.

Roozenbeek B, Maas AIR, Menon DK. (2013) Mudança de padrões na epidemiologia da lesão cerebral traumática. *Nat Rev Neurol.*; 9 : 231-6.

Rosanova M, Gosseries O, Casarotto S, Boly M, Casali AG, Bruno MA, et al. (2012) Recuperação da conectividade cortical efetiva e recuperação da consciência em pacientes vegetativos. *Cérebro*; 135 : 1308-20.

Rosenfeld JV, Maas AI, Bragge P, Morganti-Kossmann MC, Manley GT, Gruen RL. (2012) Early management of severe traumatic brain injury. *Lancet.* 380:1088–98.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Rubenson, C., Svensson, E., Linddahl, I. and Bjorklund, A. (2007). Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 14(4): 205-14.

Schonberger, M., Humle, F., Zeeman, P. and Teasdale, T. W. (2006). Working alliance and patient compliance in brain injury rehabilitation and their relation to psychosocial outcome. *Neuropsychological Rehabilitation* 16(3): 298-314

Schene, A. H., Koeter, M. W., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A. and McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological medicine* 37(3): 351-62

Seixas, M. (2015) *Estimulação sensorial enquanto intervenção promotora da reabilitação da pessoa com AVC*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Curso de Mestrado em Enfermagem. Lisboa

Shames, J., Treger, I., Ring, H. and Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *Disability and rehabilitation* 29(17): 1387-95.

Sorbo, A., Rydenhag, B., Sunnerhagen, K. S., Blomqvist, M., Svensson, S. and Emanuelson, I. (2005). Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Injury* 19(7): 493-503.

Talavage TM, Nauman EA, Breedlove EL, Yoruk U, Dye AE, Morigaki KE, et al. (2014) Functionally-detected cognitive impairment in high school football players without clinically-diagnosed concussion. *J Neurotrauma*; 31:327–38

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45 N. 6, 204- 211

Toien K, Myhren M, Bredal E, Skogstad L, Sandvik L, Ekeberg O, et al. (2010) Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. *J Trauma Injury*. 69(6):1552-9.

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman, T. A., Cantor, J. B., Spielman, L. and Gordon, W. A. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology* 54(3): 299-305

Turner, B.J., Fleming, J.M., Ownsworth, T. L., & Cornwell, P.L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. *Disability & Rehabilitation*, 30(16), 1153–1176.

Turner, B. J., Ownsworth, T. L., Turpin, M., Fleming, J. M. and Griffin, J. (2008). Self-identified goals and the ability to set realistic goals following acquired brain injury: a classification framework. *Australian occupational therapy journal* 55(2): 96-107

Turner, R. and Zolin, R. (2007), Forecasting Success on Large Projects: Developing Reliable Scales to Predict Multiple Perspectives by Multiple Stakeholders Over Multiple Time Frames, *Project Management Journal*, 43, 87—99

Turner, J.R. (2009). *The handbook of project-based management*, 3rd edition, New York: McGraw-Hill.

van Baalen, B., Odding, E., Maas, A. I., Ribbers, G. M., Bergen, M. P. and Stam, H. J. (2003). Traumatic brain injury: classification of initial severity and determination of functional outcome. *Disability and rehabilitation* 25(1): 9-18.

van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A., van Dormolen, M., Sluiter, J. K. and Frings-Dresen, M. H. (2011). Factors influencing return to work experienced by people with acquired brain injury: a qualitative research study. *Disability and rehabilitation*. 33(23-24): 2237-46

Varekamp, I., Heutink, A., Landman, S., Koning, C. E., de Vries, G. and van Dijk, F. J. (2009). Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change. *Journal of occupational rehabilitation*. 19(4): 398-408

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

Varekamp, I., de Vries, G., Heutink, A. and van Dijk, F. J. (2008). Empowering employees with chronic diseases; development of an intervention aimed at job retention and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Service Research* 8: 224

Vaughn, S. (2009). Efficacy of urinary guidelines in the management of post-stroke incontinence. *International Journal of Urological Nursing*, 3(1), 4–12

Wade, D. T., King, N. S., Wenden, F. J., Crawford, S. and Caldwell, F. E. (1998). Routine follow up after head injury: a second randomized controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 65(2): 177-83

Walker KR, Tesco G. (2013) Molecular mechanisms of cognitive dysfunction following traumatic brain injury. *Front Aging Neurosci*; 5:29

Whitnall, L., McMillan, T. M., Murray, G. D. and Teasdale, G. M. (2006). Disability in young people and adults after head injury: 5-7 year follow up of a prospective cohort study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 77(5): 640-5.

White, M.J., Gutierrez, A., McLaughlin, C., Eziakonwa, C., Newman, L.S., White, M., Asselin, G. (2013). A pilot for understanding interdisciplinary teams in rehabilitation practice. *Rehabilitation Nursing*, 38(3), 142–152.

Whiteneck, G. G., Dijkers, M. P., Heinemann, A. W., Bogner, J. A., Bushnik, T., Cicerone, K. D., Mills, S. R. (2011). Development of participation assessment with recombined tools – Objective for use after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92, 542 – 551

Wilson, B. (2010). Brain injury: recovery and rehabilitation. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science* 1(1): 108-118.

Wissel, J., Olver, J., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2013). Navigating the post stroke continuum of care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(1), 1–8

Transição para a vida laboral após traumatismo crânio-encefálico: intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I: Escala de Coma de Glasgow (GCS)

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

Fonte: <http://pt.scribd.com/doc/75032968/Escala-de-Comas-de-Glasgow>

ANEXO II: Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)



Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA					
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA					
	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M		
	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
AUTO-CUIDADOS							
A. Alimentação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Higiene pessoal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Banho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vestir metade superior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utilização da sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES							
G. Bexiga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Intestino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE							
TRANSFERÊNCIAS							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Banheira, Duche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOCOMOÇÃO							
L. Marcha Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Escadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expressão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR							
P. Interação social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memória		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Instruções

NÍVEIS DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)				
	(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a atividade não se realiza)				
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço		
	5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
	g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% < 75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza < 25% do esforço ou das tarefas
A	g) OU h) ex ^o : o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas	i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
B	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
C	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
D	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
E	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
F	g) OU h) ex ^o : o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
G	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<= 1x/mês)	i) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<= 1x/semana)	j) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<= 1x/dia)	k) molha-se quase diárial; deve usar fralda haja ou não sonda ou colector	l) molha-se quase diárial; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector
H	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<= 1x/mês)	i) usa supositório ou clister ou ajuda técnica ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/sem)	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujo quase diárial; necessita de fralda com ou sem estoma.
I	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
J	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
K	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
L	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c) ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com RODAS)	i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR >=15m.
M	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado
N	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual)	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25%; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
O	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (ex ^o repetição frequente)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
P	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar participação.	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interaçãe apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriada/ em 25-49% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
Q	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	£ Resolve os problemas de rotina £, 75-90% das vezes	£. £ (ver atrás), em 50-74% das vezes	£. £ (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	£. £ (ver atrás) <=25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
R	g) ex ^o : sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

ANEXO III: Escala de Barthel

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “continente”.

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.



Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contínente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contínente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

ANEXO IV: Escala de avaliação da força muscular de Lower

Avaliação Motora		
Grau	Evolução	Descrição
0	Ausente	Sem contração muscular palpável
1	Pobre	Esboço de contração muscular
2	Regular	Movimento vence a gravidade somente
3	Moderado	Movimento vence a gravidade e tem alguma resistência
4	Bom	Movimento vence moderada resistência
5	Excelente	Movimento vence o máximo de resistência

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000400026

ANEXO V: Escala de Ashworth modificada

Quadro 1 - Escala de Ashworth modificada

Grau	Observação clínica
0	Tônus normal.
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512009000400010

ANEXO VI: Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos: Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA "

Nota: _____

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

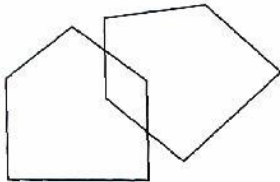
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

**APÊNDICE I: Trabalho de projeto “Transição para a vida laboral
após TCE: intervenções do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação”**



6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II

**Transição para a vida laboral após
traumatismo crânio-encefálico: intervenção
do enfermeiro especialista em enfermagem
de reabilitação**

Projeto de estágio

Ana Cristina Gomes Mota

Lisboa, Julho 2015

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Opção II

**Transição para a vida laboral após
traumatismo crânio-encefálico: intervenção
do enfermeiro especialista em enfermagem
de reabilitação**

Projeto de estágio

Ana Cristina Gomes Mota

Sob a orientação da Prof. Dr. Vanda Marques Pinto

Lisboa, Julho 2015

ÍNDICE DE SIGLAS

AVC: Acidente vascular cerebral

AVD: Atividades de vida diária

CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, de incapacidade e de saúde

DGS: Direção Geral da Saúde

ECCL: Equipa de cuidados continuados integrados

ELA: Esclerose lateral amiotrófica

EEER: Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

GCS: Glasgow Coma Scale

HTA: Hipertensão arterial

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

RFR: Reeducação funcional respiratória

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS: Sistema Nacional de Saúde

TCE: Traumatismo crânio-encefálico

TC-CE: Tomografia computadorizada crânio-encefálico

ÍNDICE

SUMÁRIO..... **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

1. A PROBLEMÁTICA..... **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

1.1. Definição e epidemiologia de traumatismo crânio-encefálico *Erro!*
Marcador não definido.

1.2. O retorno à vida laboral após traumatismo crânio-encefálico *Erro!*
Marcador não definido.

1.3. A Enfermagem de Reabilitação na transição para a vida laboral ... *Erro!*
Marcador não definido.

2. O CONTEXTO CLINICO **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

3. O PLANO **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

CONCLUSÃO..... **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.**

APÊNDICE I: CLASSIFICAÇÃO ANATÓMICA DE TCE

APÊNDICE II: COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS, DEFICIÊNCIAS E
LIMITAÇÕES APÓS TCE

APÊNDICE III: MODELO DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

APÊNDICE IV: GUIÃO DE ENTREVISTA

APÊNDICE V: PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

ÍNDICE DE QUADRO E TABELAS

Figura 1: Teoria das Transições..... 14

Tabela 1: Objetivos específicos e respectivas competências a desenvolver. 21

SUMÁRIO

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é um evento único que produz incapacidade temporária ou permanente, e cujas manifestações são diferentes de pessoa para pessoa, podendo muitas vezes ser visíveis por serem físicas, mas por outras vezes não se observam tão facilmente, como por exemplo, no caso de perda de capacidade executiva (Chamberlain, 2004).

Este é um problema de saúde pública com elevado impacto económico e social. De acordo com Maas & Menon (2015) do CENTER-TBI, o TCE é uma das principais causas de morte e de incapacidade entre jovens/adultos, no entanto os casos entre a população idosa também têm vindo a aumentar, sendo as quedas o motivo mais comum. Relativamente à população mais jovem, os TCE estão normalmente relacionados com acidentes de viação, no entanto tem-se verificado uma diminuição na mortalidade e morbilidade na última década, estimando-se que para tal tenha contribuído a implementação de medidas de segurança rodoviária mais exigentes. A maioria dos sobreviventes de TCE ficam com sequelas, que podem ser mais ligeiras ou mais graves mas, que de uma maneira ou de outra, interferem na sua vida pessoal, social e profissional, tendo também forte impacto ao nível dos seus familiares e da sociedade em geral (Novamente, 2014) (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

Na vida em sociedade, nomeadamente na cultura ocidental, o emprego é fator de integração estando associado a sentimentos de pertença e de bem-estar e, conseqüentemente a melhores níveis de saúde, pelo que a OMS em 2001 na revisão da Classificação Internacional de Funcionalidade, de Incapacidade e de Saúde (CIF) considera mesmo que o retorno ao trabalho é um componente fundamental da reabilitação do indivíduo (Green, et al., 2008).

A OMS define a reabilitação da pessoa com incapacidade, como um processo que possibilita alcançar e manter os seus níveis funcionais, quer físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais, de modo a proporcionar o desenvolvimento de competências e ferramentas que permitam atingir a independência e autodeterminação (World Health Organization, 2015).

O sobrevivente de um TCE enfrenta entre dias a anos de recuperação, encarando grandes dificuldades no regresso à vida ativa, e mais especificamente, na transição para a vida laboral, pelo que se justifica a intervenção do EEER.

Neste sentido e, reportando para a metodologia do trabalho de projeto que se centra na resolução de problemas reais, tendo em conta os interesses, contextos e recursos do estudante, ou seja, segundo Barbier (1993), esta é uma metodologia que dinamiza a relação entre a teoria e a prática, permite a produção de conhecimento e a intervenção sobre os problemas identificados com base numa planificação flexível.

O presente projeto de formação tem como ponto de partida conhecer o âmbito de intervenção do EEER junto da pessoa após TCE. Este problema desdobrou-se, ao longo da pesquisa bibliográfica realizada, nas seguintes questões parcelares:

- Que problemas sensíveis à intervenção do EEER tem a pessoa após TCE?
- Que intervenções pode desenvolver o EEER, de modo a otimizar a funcionalidade, minimizar sequelas e prevenir complicações da pessoa após TCE?
- Que intervenções pode o EEER desenvolver junto da pessoa após TCE de forma a que esta retome a sua vida ativa em sociedade e, mais concretamente, regresse à vida laboral?

A escolha do tema partiu de uma análise de mim própria, da minha experiência, tendo em conta o meu contexto de trabalho (serviço de neurocirurgia) e mediante a perceção de que o TCE é um diagnóstico de grande prevalência, que condiciona fortemente a funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo e da sua família, obrigando à adoção de novos papéis e à adaptação a uma nova realidade. Assim, e numa perspetiva de futuro, pretende-se perceber como intervir precocemente de modo a restaurar a funcionalidade, permitir o retorno do doente ao seu quotidiano e, mais concretamente, ao seu trabalho.

O percurso traçado para a construção do projeto será apresentado ao longo do presente documento, de acordo com as diversas etapas desenvolvidas e dividido em três partes distintas. Na primeira será identificada

a problemática em estudo, enquadrando-a teoricamente e fundamentando a sua pertinência no âmbito da intervenção do EEER, num segundo momento, proceder-se-á à apresentação sumária dos contextos de ensino clínico e, por fim, serão expostos os objetivos específicos baseados nas competências a desenvolver durante o ensino clínico.

As palavras chave definidas foram as seguintes: traumatismo crânio-encefálico, regresso ao trabalho, transição, enfermagem de reabilitação.

1. A PROBLEMÁTICA

Segundo Barbier (1993) a delimitação de uma área temática tem origens em motivações pessoais e profissionais, numa tentativa de solucionar e colmatar necessidades de formação, ou uma preocupação sentida pela pessoa. Desta forma, e considerando que o TCE é um acontecimento devastador com consequências que afetam pessoa, família e sociedade, comecei por definir TCE e a sua epidemiologia assim como as alterações que dele podem advir, explicitar como estas alterações podem afetar o regresso ao trabalho e, posteriormente como a enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante nesta temática.

1.1. Definição e epidemiologia de traumatismo crânio-encefálico

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) pode ser definido como uma disfunção cerebral, transitória ou permanente, que resulta do impacto entre o crânio e um agente externo, como sucede por exemplo numa queda, acidente de viação ou quando se é atingido por um projétil. A lesão cerebral traumática pode ser categorizada de ligeira a grave, quando baseada numa classificação clínica, ou por lesões focais ou difusas quando nos baseamos na localização e tipo de lesão (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

Assim, quando se realiza uma classificação clínica do TCE, esta passa essencialmente por uma avaliação neurológica sendo a Escala de Comas de Glasgow (GCS) a que mais frequentemente é utilizada. Esta utiliza três parâmetros para a categorização dos TCE, avaliando a resposta do doente ao nível da abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora e, somando os

pontos obtidos em cada um dos parâmetros, é possível obter um resultado de forma simples e rápida que emite à partida um grau de severidade da situação e prognóstico do doente. Mas, a utilização desta escala não implica descurar a apreciação dos exames complementares de diagnóstico e avaliação neurológica completa. A GCS tem algumas limitações nomeadamente quando reportamos para casos de bloqueios neuromusculares ou sedações profundas, como acontece nas unidades de cuidados intensivos, contudo esta é uma escala de avaliação neurológica bastante simples, rápida e standartizada pelo que se mantém largamente relacionada com a gravidade do TCE e mesmo com prognóstico do doente (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

Quando se recorre a uma classificação anatómica, baseia-se essencialmente na localização e tipo de lesão (como descrito na tabela no apêndice I), sendo a TC-CE essencial, pois permite identificar se a lesão é focal ou difusa, que permitem uma previsão de prognóstico num espaço de tempo mais curto, sendo para tal cada vez mais utilizadas as escala de Marshall ou a de Roterdão (Fonseca, 2013).

Como já referi, as complicações derivadas do TCE podem ser imensas, variando entre ligeiras a severas, podendo ser de carácter transitório ou permanente, mas trazem sempre alterações significativas à vida da pessoa e também da sua família. Estas alterações podem ser cognitivas, físicas, da percepção, emocionais ou do comportamento, apresentando diversos sintomas, como: dificuldade no processamento de informação, alteração da capacidade de concentração, défice na organização de raciocínio ou tarefas (alterações cognitivas); apatia, irritabilidade, impulsividade, desinibição ou depressão (alterações emocionais/do comportamento); paralisia, ataxia ou espasticidade (alterações físicas); alteração da visão, da audição, diminuição do paladar ou olfacto (alterações da percepção), como explanado mais detalhadamente no apêndice II.

A Direção Geral de Saúde (1999) considera que o TCE é a causa mais frequente de lesão neurológica, ultrapassando a incidência do AVC e constitui a primeira causa de morte em adultos jovens antes dos 40 anos. No entanto, os TCE são uma realidade que dificilmente é contabilizável por diversas razões tais como: o subdiagnóstico; a escassa procura de serviços hospitalares nos

casos de TCE ligeiro e a falta de sistema de monitorização e de registo em muitas unidades de saúde (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

Nos Estados Unidos da América estima-se que ocorram cerca de 1.7 milhões de TCE por ano, estipulando-se que 1 milhão e 300 mil necessitam de tratamento médico e, destes cerca de 275 000 carecem de internamento hospitalar. O número de mortes atribuível ao TCE é de cerca de 52 000 ao ano e a morbilidade com incapacidade permanente atinge os 100 000 indivíduos. Neste sentido, os custos diretos e indiretos com pessoas vítimas de TCE oscilam entre os 10 e os 60 biliões de dólares anuais (Centers for Disease Control and Prevention, 2014; Saltychev, Eskola, Tenovuo, & Laimi, 2013).

Na Holanda cerca de 60 000 pessoas por ano são admitidas nos hospitais devido a lesão cerebral adquirida (TCE e AVC), das quais se estimam que 15 000 sejam devido a causas traumáticas, sendo que uma maioria estão em idade com vida laboral ativa. (Velzen, Bennekom, Edelaar, Sluiter, & Frings-Dresen, 2009)

Em Portugal, o estudo epidemiológico realizado entre 1994 e 1997 aponta para uma taxa de ocorrência de 137/100 000 indivíduos, surgindo com maior incidência na faixa etária entre os 20-29 anos, com um rácio de masculino:feminino de 3:1 respectivamente, sendo a principal causa de mortalidade e morbilidade entre adultos jovens, com uma taxa de mortalidade de 17/100 000 habitantes (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

Com base no estudo realizado pela Associação Novamente (2014) existe uma tendência decrescente na incidência anual de TCE, mas explana que os números continuam a rondar os 3 mil diagnósticos anuais, revelando mesmo que “estima-se que, nos últimos 25 anos, mais de 275.000 pessoas tenham sofrido um TCE grave em Portugal e vivam hoje com sequelas do mesmo.” (Novamente, 2014, p. 6)

1.2. O retorno à vida laboral após traumatismo crânio-encefálico

O emprego é uma das atividades mais importantes para as pessoas em idade ativa, sabendo-se que as pessoas que se encontram empregadas manifestam uma melhor sensação de bem-estar, melhor qualidade de vida e

uma melhor condição de saúde que as pessoas inativas (Velzen, Bennekom, Edelaar, Sluiter, & Frings-Dresen, 2009).

A perda de emprego para uma pessoa vítima de TCE é um problema significativo para o doente e sua família e resulta num decréscimo da qualidade de vida, contribuindo para o aparecimento de problemas financeiros, limitações nas atividades de lazer e isolamento social. De acordo com o estudo realizado pela Associação Novamente existe um grande impacto do TCE na situação profissional, “pois cerca de 58% dos indivíduos estavam empregados ou a estudar antes de sofrer o TCE e após a lesão apenas 19% manteve a sua atividade.” (Novamente, 2014, p. 11).

De acordo com uma revisão internacional de 49 estudos em que foram incluídos pessoas com lesão cerebral adquirida de causa traumática e não-traumática, foi possível concluir que apenas dois quintos das pessoas com lesão cerebral traumática retornaram ao trabalho nos dois primeiros anos após o trauma (Velzen, Bennekom, Edelaar, Sluiter, & Frings-Dresen, 2009). De acordo com os autores, existe uma variação entre 30% e 65% de pessoas que retornam à vida laboral, sendo que cerca de 40,7% regressaram ao fim de um ano e 40,6% após dois anos. Assim se denota que houve ainda um número significativo de pessoas que não foi capaz de regressar ao seu trabalho anterior ou mesmo adquirir um novo emprego.

O emprego para além de ter um papel social importante no indivíduo em idade ativa, proporciona também uma sensação de pertença e de bem-estar fundamentais para manter a sua identidade enquanto pessoa. Green et al. (2008) identificaram e relacionaram o retorno ao trabalho não só com óbvia melhoria da situação financeira, mas também demonstraram uma melhoria na motivação de reintegrar a sociedade, mostraram um crescimento na interação social, uma melhoria da autoestima e bem-estar, assim como a diminuição de complicações secundárias relacionadas com incapacidade física ou abuso de substâncias.

A literatura refere que à fatores de previsão de retorno da funcionalidade após ocorrência de TCE é vasta, no entanto e devido à quantidade de alterações que podem advir do sofrimento de TCE é limitada a previsão concreta e objectiva de retorno da funcionalidade. Contudo, a maioria dos estudos determina essencialmente 2 categorias; por um lado, os factores

relacionados com traumatismo em si mesmo, como a gravidade do TCE, o mecanismo da lesão e a disfunção cognitiva que daí adveio; por outro os factores demográficos ou de pré-morbilidade, como a idade, a educação e a existência de emprego antes da lesão (Green, et al., 2008).

Segundo Testa et al. (2005) citado por Fonseca (2013) a idade é um fator preponderante na medida em que as pessoas mais idosas, após TCE, ficam tendencialmente mais dependentes física e economicamente e têm maiores declínios ao nível de funções psicossociais, humor e cognição. Mas este autor também ressalva que os vários grupos têm potencial, só que os idosos necessitam de mais tempo de recuperação. Assim, é descrito que “a idade, torna-se um fator de risco para um pior prognóstico, tendo como principal causa o aumento da vulnerabilidade associada às comorbilidades médicas, aos distúrbios neuropsiquiátricos e ao abuso de substâncias.” (Fonseca, 2013, p. 8).

A autora descreve também que fatores como o desemprego e o baixo nível de escolaridade estão relacionados com graus de incapacidade mais marcados (Fonseca, 2013). Por outro lado, Green, et al. (2008) referem a existência de diversos estudos com resultados conflituosos, pelo que os fatores como a idade, o status socioeconómico, o nível de escolaridade e o abuso de substâncias como o álcool ou drogas deve ser tido em conta sim, mas não é por si só previsão de um único e exclusivo resultado.

Green, et al. (2008) referem também que os défices de função cognitiva estão fortemente associados com o retorno ao trabalho, sendo principalmente analisadas alterações ao nível da rapidez de processamento, da memória e do estado intelectual.

O estudo realizado em Portugal refere que a maioria de pessoas que sofreu TCE moderado a severo mantém alterações permanentes que podem afetar a capacidade de autocuidado, a mobilidade e posterior reintegração na sociedade. Da mesma forma, são evidenciadas as alterações comportamentais, tais como discurso agressivo, irritabilidade, dificuldade no controlo de emoções, falta de iniciativa e impulsividade, e alterações cognitivas como dificuldade de memória. Estas alterações condicionam a reinserção das pessoas no mercado de trabalho, pelo que houve um número significativo de pessoas que após o TCE se sentiram obrigadas a ausentar-se ou mesmo

abandonar o seu local de trabalho. A falta de apoio no desenvolvimento de competências que permitam a estas pessoas retornar ao seu trabalho ou adquirir um novo posto de trabalho aumenta o risco de estas serem sustentadas pelas suas famílias e por subsídios públicos para o resto da vida (Novamente, 2014).

Desta forma ficou demonstrado a grande importância de programas específicos de regresso ao trabalho que têm a possibilidade de melhorar a saúde e a situação financeira.

Estes estudos refletem que existe uma mais valia na abordagem de reabilitação da pessoa após TCE direcionada para o regresso à vida laboral, pelo que se pode inferir que o EEER tem um papel relevante se intervir precocemente na fase aguda mas acima de tudo se planificar e implementar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação que permita à pessoa recuperar ou adquirir novas capacidades, de acordo com objetivos reais e tangíveis, sendo-lhe possível ambicionar um regresso a uma vida ativa em sociedade e no meio laboral, contribuindo desta forma também para o bem-estar e melhoria da sua autoestima, o que se reflete em ganhos em saúde.

1.3. A Enfermagem de Reabilitação na transição para a vida laboral

Atualmente, o Regulamento n.º 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da República (n.º 35, Série II de 2011-02-18) determina que o EEER:

concebe, implementa e monitoriza planos (...) 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 ações 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 atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...). 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.

Hoeman (2000) partilha desta concepção e sistematiza os objetivos da enfermagem de reabilitação como sendo:

- atingir níveis máximos de independência funcional nas AVD,
- promover o autocuidado,
- prevenir complicações,
- reforçar comportamentos de adaptação positiva,
- garantir a acessibilidade e continuidade de cuidados,
- defender a qualidade de vida,
- melhorar os resultados esperados e,
- contribuir para reformas nos serviços de saúde.

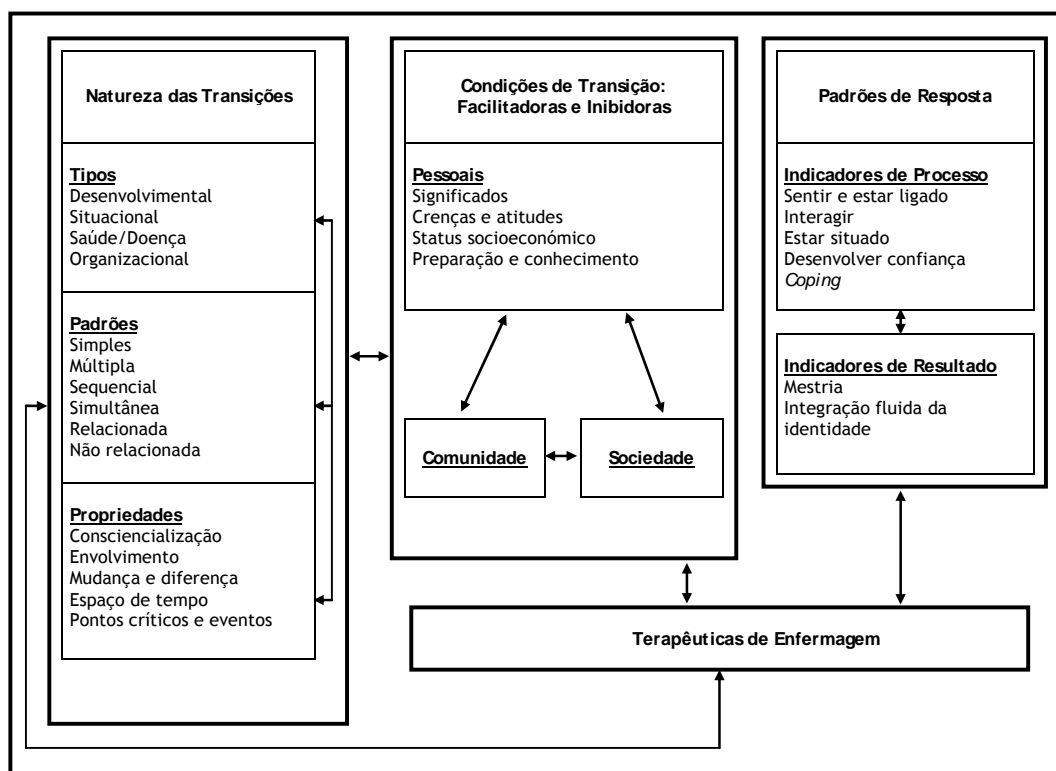
Segundo a autora, embora não exista um modelo teórico exclusivo para a prática de enfermagem de reabilitação, alguns modelos de enfermagem têm sido mais aplicados nesta área de especialidade, como a Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem ou Modelo de Adaptação de Callista Roy mas, também outros modelos teóricos têm lugar no âmbito da enfermagem de reabilitação, nomeadamente a teoria de médio alcance das transições de Afaf Ibrahim Meleis.

No modelo defendido por Meleis as transições são descritas como pontos de mudança que envolvem a aquisição de novos papéis e novas relações, esta implica os processos psicológicos envolvidos na adaptação para o acontecimento de mudança ou ruptura, originando mesmo uma autorredefinição e uma reorientação interior da pessoa. (Sousa E. , 2011)

Na enfermagem as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar o cuidar da pessoa e da família no decurso das diferentes etapas do seu ciclo de vida. Grande parte do trabalho dos enfermeiros ocorre em momentos de transição, sejam elas a gravidez, a doença aguda, o internamento, a alta para o domicílio, a recuperação ou a reabilitação da pessoa, tornando-se assim desejável que o enfermeiro assuma um papel relevante na assistência às pessoas nos seus processos de transição, visto que ao interagir com os seus pacientes, desenvolvem uma relação de ajuda e adoptam uma atitude facilitadora da transição que promove, restaura e facilita a saúde. (Meleis A. I., 2010)

O conceito de transição adquire grande centralidade para Shumacher e Meleis (1994) que desenvolvem a designada Teoria das Transições, propiciando uma estrutura teórica para a disciplina de enfermagem, tal como demonstra o seguinte esquema.

Figura 1: Teoria das Transições



Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000)

Tal como esquematizado na figura 1, para Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) é necessário caracterizar a natureza das transições, em tipos, padrões e propriedades, identificar as condições da transição, que podem ser facilitadora ou inibidora da mesma, e os respectivos padrões de resposta, que nos dão indicadores de resposta e de resultado. (Apêndice III)

As alterações de saúde-doença, como no caso de um indivíduo que tenha sofrido TCE, não só abrem oportunidades de melhorar o bem-estar, mas também expõem ao risco de vulnerabilidade, tornando a pessoa mais propensa a potenciais danos, a recuperações problemáticas ou prolongadas e a processos de adaptação atrasados ou pouco saudáveis.

Neste contexto, a visão da prática de enfermagem através da teoria da transição permite caracterizar de forma sistemática as transições vividas pela pessoa e pela sua família, identificando os fatores facilitadores e inibidores deste processo. Com esta caracterização, nomeadamente ao nível da enfermagem de reabilitação é possível ao enfermeiro orientar as suas intervenções em torno de conceitos como o autocuidado, a adaptação e a capacitação da pessoa no processo de saúde/doença, para que ocorra uma transição saudável.

Considerando que a transição para a vida laboral é um momento de crise para a pessoa e família, este modelo confere aportes significativos para uma análise organizada do tema. A aplicação do modelo de transição de Meleis no regresso à vida laboral após o TCE é escassa na literatura, sendo que a maioria dos estudos centra a sua atenção na lesão cerebral adquirida não traumática, no AVC, e destes o que é mais central é a situação do regresso a casa e a transição do papel de familiar para cuidador, no entanto, estes estudos podem servir de linha orientadora podendo ser feitos alguns paralelismos.

Assim, primeiramente será realizada uma caracterização da natureza das transições da pessoa após TCE para a vida laboral e posteriormente as condições de transição, identificando factores facilitadores e inibidores do processo de transição.

Quando se procura identificar o processo de transição nas pessoas que vivenciaram TCE podemos identificar que este é influenciado pelo tipo de evento crítico, seja o tipo de TCE, o grau de severidade do mesmo, o grau de dependência causado e alterações ao estilo de vida da pessoa e do cuidador; seja o tempo de duração da dependência, influenciado pelo tipo de TCE, as sequelas do mesmo, o potencial de recuperação e a intervenção em tempo útil, seja a forma como o cuidador e a pessoa vítima de TCE vivenciam todas estas mudanças.

O estudo levado a cabo pela associação Novamente (2014) evidencia o papel da família, “ pois as ligações emocionais entre os membros familiares e a capacidade dos mesmos de se adaptarem a novos papéis, relacionamentos e regras em alturas de stress, pode determinar a sua qualidade de vida e a qualidade de vida do TCE.” (Novamente, 2014, p. 16) Este estudo concluiu

ainda que a rede social da pessoa após TCE diminui ao longo do tempo, tendo um impacto negativo no quotidiano social do mesmo, levando à depressão, revolta e tendência para o isolamento social.

Nalder, et al. (2012) referem que há eventos que estão relacionados com a transição para casa de pessoa com TCE, como a utilização independente de transportes, a capacidade e o regresso à condução, o regresso ao trabalho, o readquirir independência em casa e o passar para uma situação de vida com restrições, identificando-os como eventos sentinela. Neste sentido é possível inferir que as capacidades como a utilização de transportes ou condução de veículos, são eventos que caracterizam a transição para retorno ao trabalho.

Assim, utilizando o modelo teórico de Meleis é possível fazer uma possível caracterização da transição para a vida laboral. Esta é uma transição múltipla, pois envolve diferentes tipos de transições que ocorrem em simultâneo no doente, na família e com relações entre si – transição de saúde/doença (recuperação dos défices após TCE); transição situacional (da baixa laboral para a vida ativa, a procura de emprego pelo doente, a passagem da família para o papel de cuidador); de desenvolvimento (a possibilidade de reforma antecipada, a alteração no papel parental).

Fernandes (2014) citando Scott (2010) refere que a reabilitação no retorno ao trabalho tem tido um sucesso limitado por estar geralmente centrada na recuperação das funções necessárias para assegurar as AVD, negligenciando-se a reabilitação para a vida laboral. Neste sentido, é importante analisar as condições facilitadoras e inibidoras da transição da pessoa após TCE para a vida laboral.

Como já foi referido anteriormente, há factores que podem influenciar de forma positiva ou negativa o regresso ao trabalho, como a idade, o status socioeconómico, o nível de escolaridade e o abuso de substâncias como o álcool ou drogas (Green, et al., 2008). Nalder, et al. (2012) referem igualmente que uma estadia prolongada no hospital e uma integração deficitária na comunidade contribuem para aparecimento de eventos negativos no processo de transição.

No estudo realizado pela Associação Novamente (2014) descrevem que as dificuldades sentidas pela pessoa que sofreu TCE e pela sua família não

estão apenas relacionadas com o traumatismo em si, mas estas referem ser difícil o acesso aos apoios e que lhes é prestada pouca informação sobre a doença e suas consequências. A dificuldade no acesso à reabilitação comprometem melhorias físicas e neurológicas da pessoa com TCE, aumentando conseqüentemente a responsabilidade e trabalho dos cuidadores, pois por um lado as alterações que a pessoa após TCE sofreu dificultam ou impossibilitam a sua reinserção no mercado de trabalho, e por outro lado, o familiar/cuidador vê-se obrigado, muitas vezes, a desempregar-se, a pedir baixa laboral para assistência à família, ou a reduzir a sua carga horária por forma a prestar auxílio ao doente.

Segundo Fernandes (2014) citando Scott (2010), um regresso faseado ao trabalho, um horário flexível e um ambiente seguro são condições facilitadoras de retorno ao trabalho. No oposto, a falta de informação e de apoios, assim como a não compreensão das dificuldades, levam a uma constante comparação com o antigo “eu”, constituindo factores inibidores à transição, que pode ser superada pela informação das pessoas, nomeadamente a entidade empregadora, da condição de saúde do indivíduo (Novamente, 2014).

2. O CONTEXTO CLÍNICO

A operacionalização do projeto aqui exposto decorrerá numa primeira fase no serviço de medicina física e reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Central, e a segunda fase na Equipa da Cuidados Continuados Integrados (ECCI) sedeadada no ACES Mafra.

O serviço de medicina física e reabilitação pertence ao Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Curry Cabral, que tal como o nome indica dedica-se exclusivamente à reabilitação de indivíduos, que na sua maioria são referenciados quando em contexto de internamento hospitalar.

O serviço é composto por diversas valências em contexto de ambulatório e dispõe também de serviço de internamento onde decorrerá efetivamente o estágio que é composto por 18 camas. De acordo com a informação disponibilizada, a patologia predominante é o AVC, sendo também

recorrente as pessoas com lesão vertebro-medular e status pós cirúrgico de joelho ou anca. Na admissão, o médico (fisiatra) procede a uma primeira avaliação que funciona como triagem para consideração do internamento tendo em conta diversos fatores como o potencial de reabilitação, a capacidade cognitiva do paciente e a ausência de úlceras de pressão. O doente internado tem acesso a uma equipa multidisciplinar que trabalha consigo de forma a que recupere/restaure ao máximo a sua autonomia. Fazem parte desta equipa enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, terapeuta da fala, médicos e assistentes sociais.

No que concerne à equipa de enfermagem, dos 10 enfermeiros que o serviço dispõe, 3 são EEER, 3 são especialistas em saúde mental e psiquiátrica e 4 são generalistas. Dos EEER, 2 encontram-se presentes nos turnos da manhã e o terceiro faz turnos rotativos.

A ECCI é uma das unidades integrantes da RNCCI, cujo modelo de intervenção envolve uma diversidade de unidades e equipas de cuidados, que são distintas pela especificidade de cuidados que podem prestar. Os doentes podem circular pelas diferentes unidades ou equipas tendo em conta os cuidados que necessitam.

A génese da RNCCI encontra-se na necessidade de uma resposta integrada de cuidados a pessoas em situação de dependência, centrada na funcionalidade, no investimento e no potencial de autocuidado dos indivíduos. Desta forma, o seu fundamento concorre com a base conceptual da reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, a qual se centra na promoção da qualidade de vida dos indivíduos, permitindo-lhes desempenhar os seus papéis, inseridos na sociedade como cidadãos capazes e produtivos (Faro, 2006).

Chin, Finocchiaro, & Rosebrough (1998) compreendem a reabilitação como uma filosofia em si própria, cuja meta é a transferência da responsabilidade do cuidado realizado pelo profissional para o autocuidado. Estes autores consideram a reabilitação como um processo que visa assistir a pessoa com desvantagem/deficiência ou doença crónica, de forma a atingir a máxima aptidão possível, a manutenção/otimização da saúde e a adaptação de novos estilos de vida.

Concretamente no que diz respeito à RNCCI, a Ordem dos Enfermeiros fez publicar em 2009 o Referencial do Enfermeiro, o qual visa “tornar mais claros a amplitude e o potencial de desenvolvimento da intervenção de Enfermagem” (OE, 2009, p. 2) na RNCCI. Este documento evidencia a transversalidade da intervenção do EEER a todas as tipologias de prestação de cuidados da rede, na medida em que a Enfermagem de Reabilitação se centra na recuperação, adaptação ou manutenção funcional da pessoa e no treino do prestador de cuidados com o objetivo de preparar o regresso a casa, atividades “de que resultam ganhos em saúde significativos” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 22).

Relativamente à ECCI pertencente ao ACES Mafra, esta é constituída por uma equipa multidisciplinar de que fazem parte 6 enfermeiros, sendo 3 enfermeiros de cuidados gerais e 3 EEER, que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação nas várias dimensões mediante as necessidades do utente e praticam um horário das 8h às 20h todos os dias da semana. Na equipa estão também integrados outros profissionais, entre os quais, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga que compõem uma equipa de recursos partilhados, dispondo de um número de horas semanais para os utentes, mediante as necessidades. A ECCI tem uma área de ação de 300km² e subdivide-se em três polos (Mafra, Malveira e Enxara do Bispo), detém uma carteira de 40 utentes, na sua maioria adultos/idosos em situação de dependência funcional prolongada, incapacidade grave decorrente de doença severa em fase avançada. As patologias neurológicas são frequentes, não só decorrentes de AVC e neoplasias, mas também doenças degenerativas, por exemplo, ELA. Um dos critérios de inclusão é a presença de um cuidador informal constituindo um parceiro de cuidados fundamental na equipa.⁵

⁵ As informações descritas foram obtidas através de entrevistas semiestruturadas realizadas às enfermeiras responsáveis pelas unidades, em visitas efectuadas com o intuito de conhecer os contextos e, assim, planear o ensino clínico e adequar os objetivos e intervenções previstas no projeto de formação. O guião usado na referida entrevista apresenta-se no Apêndice IV.

3. O PLANO

Como foi anteriormente referido, a finalidade deste projeto é conhecer a intervenção do EEER junto da pessoa após TCE e na sua transição para a vida laboral.

No sentido de desenvolver as competências foram delineados objetivos específicos e para o cumprimento dos quais estabelece-se um plano de atividades com os respectivos indicadores e critérios de avaliação. Este plano foi estabelecido de acordo com o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e com o regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b)

Porém, importa ressaltar que, apesar de se tratar de um projeto de formação, o facto de se perspetivar a sua operacionalização durante um período de ensino clínico, a delineação dos objetivos e o planeamento de atividades poderão ficar condicionados. Os objetivos específicos não foram formulados no sentido de explorar exaustivamente todos as competências do EEER, ou de esgotar a totalidade de intervenções que poderão ser desenvolvidas ao longo dos diferentes momentos de ensino clínico. Pelo contrário, pretende criar-se um plano de carácter orientador mas flexível, subordinado à problemática em estudo e simultaneamente subsidiário das experiências e aprendizagens que se prevê que sejam proporcionadas pelo contexto da prática clínica.

Na tabela 1 estão explanados os objetivos específicos delineados, associando-os às competências que se pretendem desenvolver. No apêndice V esquematiza-se mais detalhadamente o plano, com descrição das atividades a realizar, os indicadores e critérios de avaliação, correspondentes a cada objetivo específico. No apêndice VI são expostos os objetivos específicos ao longo do tempo no formato de um cronograma.

Tabela 2: Objetivos específicos e respectivas competências a desenvolver.

Objetivos específicos	Competências
1. Conhecer e integrar a equipa e dinâmica dos locais de estágio.	<p>A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2: Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B2: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3: Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>
2. Avaliar e diagnosticar necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa após TCE.	<p>A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</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> <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 atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>
3. Elaborar e implementar planos de intervenção para promoção de capacidades adaptativas da pessoa após TCE para o retorno à vida laboral.	<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 atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>
4. Planear o treino de AVD visando maximizar a autonomia e promovendo o autocuidado da pessoa após TCE.	<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> <p>J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>
5. Reeducação das funções sensório-motora e cardiorespiratória da pessoa após TCE.	<p>J2: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da</p>

	<p>cidadania.</p> <p>J3: Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>
6. Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança.	<p>A1: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2: Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B3: Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>
7. Suportar a prática clínica em evidência científica e conhecimento na área da especialidade visando ganhos em saúde.	<p>D1: Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>
8. Partilhar momentos de aprendizagem em contexto de trabalho, na área de enfermagem de reabilitação	<p>D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>

CONCLUSÃO

Este projeto não tem como finalidade de constituir um plano definitivo, estanque e inflexível, mas sim ser um documento que norteie o meu percurso em contexto de ensino clínico, sendo passível de reconfiguração mediante as experiências de ensino e a consolidação de aprendizagens.

A pesquisa que realizei demonstra que a intervenção do EEER junto da pessoa após TCE pode desenvolver-se em diferentes campos de ação, contribuindo para ganhos em saúde para os indivíduos, para as suas famílias e para a sociedade.

Tal como Chin, Finocchiaro, & Rosebrough (1998) descrevem, o TCE é súbito, um evento devastador e de mudança para a pessoa que o sofreu e para os membros da família. Muitos dos défices neurológicos associados com o TCE são irreversíveis, as sequelas evoluem frequentemente para problemas crónicos, de longo prazo que exigem muito do indivíduo e sua família. A reabilitação é um processo complexo que exige uma gestão por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, e onde os enfermeiros têm um papel privilegiado por estarem em contato com os sobreviventes e familiares durante todas as fases de recuperação e numa variedade de circunstâncias.

Efetivamente, a temática abordada torna-se pertinente quer do ponto de vista dos cuidados de saúde, quer no que diz respeito ao contributo que

acresce para a intervenção da enfermagem de reabilitação. No entanto, na dimensão do retorno da pessoa após TCE à vida laboral, a produção de conhecimento na área da enfermagem de reabilitação é um pouco escassa.

Um dos constrangimentos que prevejo deriva do contacto fugaz com os contextos de ensino clínico, e do fato de o TCE não ser uma patologia de prevalência em nenhum dos locais de estágio, podendo comprometer a realização das atividades. O conhecimento da realidade da prática clínica é importante uma vez que possibilita planejar de forma mais realista quais as atividades a desenvolver com vista ao desenvolvimento de competências do EEER. Todavia, perspectiva-se que ao longo do ensino clínico seja possível redefinir de forma mais concreta quais as atividades a desenvolver, analisá-las criticamente e, se necessário, reformulá-las.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbier, J. M. (1993). *Elaboração de projetos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, pp. 385-94.
- Centers for Disease Control and Prevention. (24 de Fevereiro de 2014). *Get the stats on traumatic brain injury in the United States*. Obtido em 7 de Junho de 2015, de http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/BlueBook_factsheet-a.pdf
- Chamberlain, D. J. (24 de Maio de 2004). The experience of surviving traumatic brain injury. *Issues and innovations in nursing practice*, 407-417.
- Chin, P. A., Finocchiaro, D. N., & Rosebrough, A. (1998). *Rehabilitation Nursing Practice*. USA: McGraw-Hill.
- Direcção Geral da Saúde. (2010). *Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (1999). *Protocolo Nacional para a abordagem dos Traumatismos Crânio-Encefálicos*. Ministério da Saúde.
- Faro, A. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), 128-133.
- Fernandes, R. (2014). *Transição para a vida laboral na pessoa com AVC*. Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
- Fonseca, T. C. (2013). *Avaliação e tratamento pós-hospitalar do traumatismo crânio-encefálico*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Green, R. E., Colella, B., Hebert, D. A., Bayley, M., Kang, H. S., Till, C., et al. (2008). Prediction of return to productivity after severe traumatic brain injury: investigations of optimal neuropsychological tests and timing of assessment. *Arch Phys Med Rehabil*, 89 (2), 51-60.
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M., Olazabal, M., & Maia, M. O. (1998). *Reeducação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (2.^a Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Holzberg, E. (Abril de 2000). The best practice for gaining and maintaining employment for individual with traumatic brain injury. 245-258.

Im, E. (2011). Teoría de las transiciones. In M. R. Aliigood, & A. M. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7ª edição ed., Vol. 20, pp. 416-433). Barcelona: Elsevier Mosby.

Maas, A., & Menon, D. (2015). *CENTER-TBI*. Obtido em 10 de Maio de 2015, de <https://www.center-tbi.eu>

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: development & progress* (4ª edição ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv. Nurs. Sci.* , 23 (1), 12-28.

Nalder, E., Fleming, J., Cornwell, P., Foster, M., Ownsworth, T., Shields, C., et al. (2012). Recording sentinel events in the life course of individuals with acquired brain injury: a preliminary study. *Brain injury* , 26 (11), 1381-1396.

Novamente. (2014). *Impacto sócio familiar do traumatismo crânio encefálico*. Estudo prospectivo, Novamente - Associação de apoio a traumatizados crânio-encefálicos e suas famílias.

Oliveira, A. S. (2010). *Um Olhar sobre a Comunidade na Perspetiva do Centro de Saúde e Hospital*. Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (Junho de 2012). Traumatismo Crânio-encefálico: Abordagem integrada. *Acta Medica Portuguesa* , 25 (3), pp. 179-192.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.

Saltychev, M., Eskola, M., Tenovuo, O., & Laimi, K. (2013). Return to work after traumatic brain injury: systematic review. *Brain Injury* , 27 (13-14), 1516-1527.

Santos, M. E., Sousa, L., & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa* , 16, 71-76.

Shumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship* , 26 (2), 119-127.

Sousa, E. (2011). *A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Porto.

Sousa, R. M., & Koizumi, M. S. (1996). Recuperação das vítimas de traumatismo crânio-encefálico no período de 1 ano após o trauma. *Rev. Esc. Enf. USP* , 30 (3), 484-500.

Velzen, J., Bennekom, C., Edelaar, M., Sluiter, J., & Frings-Dresen, M. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: A systematic review. *Informa Health* , 23 (6), 473-488.

World Health Organization. (2015). *Health topics rehabilitation*. Obtido em Março de 2015, de <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

APÊNDICE I: CLASSIFICAÇÃO ANATÓMICA DE TCE

Tabela 1: Classificação anatômica dos TCE.

Lesões focais	Contusão	<ul style="list-style-type: none"> - Resulta de hemorragia subpial e do edema associado, - Presente em 31% dos doentes na TC-CE de admissão, - Localiza-se maioritariamente nas áreas que contactam com superfície óssea, - Pode causar efeito de massa significativo por edema ou hemorragia que resulta em hematoma, - São mais graves quando associadas a fracturas de crânio, - Podem agravar lesão secundária no tecido subjacente por libertação de neurotransmissores e alterações bioquímicas locais.
	Hematoma Epidural	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorre a 1-2% dos TCE e corresponde a 5-15% das lesões cranianas fatais, - Mais comum em pessoas com idade inferior aos 50, e sobretudo nas crianças, - Frequentemente associado a fracturas cranianas que provocam laceração de vasos durais, - A separação da dura-matér relativamente à tábua interna da calote óssea ocorre no momento da lesão, - Classificados em tipo I, II e III - I: dia 1: agudo ou hiperagudo; são 58% dos casos e cursam um período de vigília que rapidamente se deteriora e instala hemiparésia e midríase de pupila homolateral, - II: dia 2-4: subagudo, - III: dia 7-20: crónico, - Morbilidade e mortalidade associada a este hematoma depende da demora no diagnóstico e tratamento do mesmo.
	Hematoma subdural	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrem devido à ruptura de veias durais em ponte que drenam diretamente para seios venoso, - Classificados em agudos, subagudo ou crónico - Agudo: composto por sangue e coágulos, tem menos de 48h, - Subagudo: composto por sangue e fluidos, tem entre 2 a 14 dias, - Crónico: composto por fluido, tem mais de 14 dias, - Os hematomas subdurais agudos raramente são de etiologia não traumática, mas por vezes acontece com pessoas anticoaguladas, - A lesão isquémica do córtex adjacente decorre do efeito de massa que compromete o retorno venoso e eleva a pressão intracraniana, diminuindo a pressão de perfusão cerebral.

	Hematoma Intraparenquimatoso	<ul style="list-style-type: none"> - Corresponde a 20% dos hematomas intracranianos pós-traumáticos, - Associado a contusões, diferem destas por serem mais de 2/3 de sangue e terem margens bem delimitadas, - Podem ser coalescência de várias pequenas contusões, - Urgem após rotura de pequenos vasos parenquimatosos, localizando-se sobretudo ao nível temporal e orbito-frontal.
Lesões difusas	Lesão axonal difusa	<ul style="list-style-type: none"> - Lesão mais comum associada com TCE, - Ocorre por tensão e estiramento axonal por forças de aceleração angular e rotacional, - Pode haver défice neurológico major, sem existência de volumosas lesões hemorrágicas, - Imagiologicamente são visíveis pequenas lesões puntiformes resultantes da ruptura de pequenos vasos, em regiões que sofrem forças de aceleração máximas como o corpo caloso, núcleos da base e tronco cerebral, - Melhor exame para identificar estas lesões é a ressonância magnética com estudo de difusão.
	Hemorragia Sub-aracnoideia	<ul style="list-style-type: none"> - Resulta da ruptura de vasos para as cisternas do espaço subaracnoideu, - Ocorre em 33% dos casos de TCE grave, e correlaciona-se com pior prognóstico neurológico - Desenvolve-se entre 12h a 5 dias após o TCE e pode ter duração de 30 dias.
	Hemorragia intra-ventricular	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorre em 25% dos casos de TCE grave, - Associado com existência de hematomas intraparenquimatosos, - Hidrocefalia aguda associada é pouco frequente.

Adaptado de Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes (2012)

**APÊNDICE II: COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS,
DEFICIÊNCIAS E LIMITAÇÕES APÓS TCE**

Tabela 2: Complicações neurológicas, deficiências e limitações após TCE

Alterações cognitivas	Alterações do comportamento/ emocional
<p>Dificuldade no processamento de informação;</p> <p>Diminuição na velocidade, precisão e consistência de processamento de informação;</p> <p>Diminuição da capacidade de concentração;</p> <p>Aprendizagem prejudicada;</p> <p>Desatenção aos detalhes;</p> <p>Dificuldade na produção de mensagem;</p> <p>Défice na organização;</p> <p>Incapacidade do abstrato;</p> <p>Diminuição da capacidade de aprender novas informações;</p> <p>Défice na tomada de decisões ;</p> <p>Incapacidade de seguir vários comandos consecutivos;</p> <p>Défice de memória a curto prazo e/ou a memória de longo prazo ou amnésia;</p> <p>Défice na linguagem;</p> <p>Incapacidade de compreender ou exprimir linguagem;</p> <p>Défice no processamento auditivo da linguagem;</p>	<p>Apatia;</p> <p>Dificuldade no planeamento e organização;</p> <p>Irritabilidade;</p> <p>Impaciência;</p> <p>Impulsividade;</p> <p>Reduzida tolerância ao stress;</p> <p>Falta de iniciativa;</p> <p>Negação de deficiência;</p> <p>Desinibição;</p> <p>Défice no funcionamento social;</p> <p>Comportamento sexual inadequado;</p> <p>Inflexibilidade;</p> <p>Respostas emocionais regrada ou exagerada;</p> <p>Dificuldade em manter o emprego ou relacionamentos;</p> <p>Fadiga;</p> <p>Labilidade emocional;</p> <p>Depressão;</p> <p>Falta de motivação;</p> <p>Défice no controle de funções motoras incluindo apraxia, disartria, ataxia, contracturas, postura e espasticidade;</p>
<p>Afasia;</p> <p>Défice de sintaxe;</p> <p>Défice na construção de palavras;</p> <p>Incapacidade para gerar uma mensagem compreensível;</p> <p>Défice na formulação de mensagem;</p> <p>Dificuldade na iniciação da linguagem;</p> <p>Défice nas interações e estratégias de comunicação;</p> <p>Incapacidade de inibir as respostas;</p> <p>Défice na ativação vocabular;</p> <p>Défice de recordação;</p> <p>Dificuldade na capacidade de pensamento concreto e raciocínio;</p>	<p style="text-align: center;">Alterações físicas</p> <p>- Várias deficiências físicas, dependendo da localização e extensão da lesão cerebral;</p> <p>- Dor de cabeça persistente;</p> <p>- Fadiga mental ou física extrema;</p> <p>- Desordens no movimento (marcha, ataxia, espasticidade, e tremores);</p> <p>- Convulsões;</p> <p>- Prejudicada controle motor pequeno</p> <p>- Fotossensibilidade;</p> <p>- Distúrbios do sono;</p> <p>- Paralisia;</p> <p>- Fala prejudicada (disartria).</p>

Vocabulário limitado;	
Alterações da percepção	
Alterações de visão, de audição ou de toque;	
Perda da noção de tempo e espaço, e desorientação espacial;	
Défice olfativo e do paladar;	
Alteração do equilíbrio	
Aumento da sensibilidade à dor;	

Adaptado de Chin, Finocchiaro, & Rosebrough (1998)

APÊNDICE III: MODELO DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) defendem que a pessoa está naturalmente predisposta a vivenciar transições de natureza distinta, categorizando-as em tipo, padrão e propriedades. Estas transições podem ser do tipo situacional, organizacional, do desenvolvimento ou de saúde/doença. As transições associadas ao desenvolvimento, tal como o nome sugere, acontecem em períodos da vida considerados críticos, envolvendo estádios do ciclo vital desde o nascimento até à morte, como é por exemplo, a passagem para a puberdade. As transições situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos em que a pessoa está envolvida e que, por terem carácter inesperado, têm consequências mais perturbadoras e dramáticas no seio familiar, como é, por exemplo, a morte de um familiar. As transições organizacionais acontecem no ambiente e são precipitadas por mudanças no contexto social, político e/ou económico. As transições de saúde/doença incluem a mudança súbita de papel que resulta da alteração de estado de bem-estar para uma situação de doença, como acontece na pessoa com TCE, no entanto, neste tipo de transição também se engloba a mudança de um estado de cronicidade para um novo bem-estar, tal como o que é conseguido pelos indivíduos que tendo se tornado autónomos, apesar dos défices recentemente adquiridos pelo TCE, retornam à sua vida social e laboral.

As transições podem também ser descritas segundo padrões distintos, consoante os seus níveis de multiplicidade e complexidade. As pesquisas realizadas por Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) descrevem a possibilidade de se experienciar uma transição única, designada por simples, ou transições múltiplas e que, de acordo com o seu grau de sobreposição, podem ainda ser classificadas como simultâneas ou sequenciais. As transições podem ser relacionadas ou não relacionadas conforme existe ou não algum tipo de relação entre elas. Assim sendo, entende-se que um episódio de doença súbita como o TCE em que a pessoa tem uma necessidade de hospitalização prolongada, implica repercussões sobre todo o sistema socio-económico e familiar, obrigando a uma redefinição de tarefas e de papéis. No caso da pessoa ter sequelas profundas e/ou no caso de ter um trabalho

precário, as faltas, seja por internamento, seja para consultas ou reabilitação vão comprometer o rendimento económico e criar novos momentos de crise.

Cada processo de transição assume um percurso muito próprio e com identidade singular, no entanto torna-se possível identificar aspectos comuns dentro das complexidades destas experiências a que os autores denominam de propriedades universais de transição (Shumacher & Meleis, 1994).

Uma das propriedades, a consciencialização, reporta à perceção e ao reconhecimento da experiência de transição, essencial para se iniciar a procura de estratégias adaptativas. Os mesmos autores referem que a falta de consciência sobre a mudança, pode significar um impasse na progressão transaccional. O envolvimento, refere-se ao investimento pessoal ou familiar sobre a transição e pode ser revelado na procura de informação e nas mudanças que tenham como objetivo a preparação ativa do sujeito. A mudança, é outra propriedade associada à transição, mas nem toda a mudança dá origem a fenómenos transaccionais, até porque para ser possível compreender a transição é importante assumir uma postura integradora e perceber qual o significado que a mudança traz. A temporalidade, deve ser sempre considerada na ótica do próprio indivíduo, sendo essencial perceber o significado que se atribui ao tempo de mudança, na medida em que o que é importante hoje, amanhã pode não o ser, o que torna por isso essencial a reavaliação das situações de transição ao longo do tempo. Os pontos críticos e eventos surgem como os momentos potenciais de crise, concretos e identificáveis, que sendo previamente reconhecidos e trabalhados minimizam o impacto sobre o indivíduo. (Meleis, *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*, 2010)

Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2000) descrevem a transição como um fenómeno que ocorre num período de tempo com fim identificável. Este evento surge com os primeiros sinais de antecipação ou perceção de mudança, desenrola-se ao longo do período de instabilidade, confusão e distress e termina com a entrada numa fase de estabilidade. A imposição de limites temporais torna-se difícil uma vez que cada transição vivida tem de ser integrada numa pessoa, e num contexto específico.

Os mesmos autores asseguram que as transições são influenciadas pelas características pessoais dos indivíduos, em quem as crenças, as atitudes

e o significado atribuído à transição, assim como o status socioeconómico determinam a qualidade da resposta à necessidade de mudança. Também o estado de preparação e o nível de conhecimentos prévios determinam a adoção de estratégias que influenciam estas transições. Os recursos comunitários e as condições sociais são referenciados como podendo ser facilitadores ou inibidores do processo de transição. Por isso, o regresso à vida em sociedade ou a casa, de uma pessoa dependente, será favorecido se a família possuir características de suporte e se os profissionais de saúde particularmente os enfermeiros pela sua posição privilegiada, assumirem como objetivo terapêutico a capacitação da pessoa. A transição será ainda facilitada se, na comunidade onde a pessoa reside, existirem recursos como o apoio domiciliário, serviços de reabilitação e/ou outros.

O modo como a pessoa vivencia os processos de transição traduz-se nos seus padrões de resposta pelo que podem ser analisados segundo indicadores de processo e de resultados. Os mesmos autores identificam como indicadores de processo: sentir e estar ligado; interagir; estar situado; desenvolver confiança e *coping*. O sentir e estar ligado, reforça a importância das relações e dos contactos que se mantêm ou que se iniciam com os diversos atores do meio envolvente, como por exemplo a família alargada, os vizinhos e os amigos. O sentir-se ligado aos profissionais de saúde, constitui um indicador positivo na transição, pois traduz a existência de uma comunicação eficaz, onde é possível o esclarecimento de dúvidas e o acesso às informações de saúde. A interação analisa os estilos de comportamento que se desenvolvem entre os diversos elementos envolvidos nos processos de transição, destacando-se o clima de entreajuda, colaboração e compreensão como indicadores de uma transição saudável. O estar situado no espaço, no tempo e nas relações é essencial para uma transição bem sucedida. O desenvolvimento de confiança e *coping* manifesta-se por sentimentos de segurança face à transição e pelo reconhecimento dos seus pontos fortes e recursos disponíveis, vivenciando assim uma melhor adaptação ao meio (Im, 2011).

Os indicadores de resultado manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade e traduzem o fim da experiência de transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). O indivíduo demonstra

mestria, pela aquisição de novas competências que visam controlar os diferentes ambientes e situações, impostos pela transição. A integração fluida da identidade prevê que, após os momentos de rutura da esfera identitária, surja uma reformulação, com integração plena dos novos papéis e responsabilidades (Sousa E. , 2011).

APÊNDICE IV: GUIÃO DE ENTREVISTA

VI Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Preparação da visita aos locais de Ensino Clínico

Locais:

- ECCI Mafra / Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Objetivos:

- Planear a realização do ensino clínico com vista à aquisição das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Conhecer o espaço físico, missão e equipa de Enfermagem de Reabilitação e a sua dinâmica de funcionamento;
- Compreender a filosofia inerente à gestão dos recursos de Enfermagem de Reabilitação.
- Conhecer os domínios de intervenção no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolvidos no serviço.

1. Guião de Entrevista

A. Enfermeiro Chefe

Bloco Temático	Questões Possíveis
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos intervenientes• Apresentação dos objetivos da entrevista• Obtenção de consentimento

<p>Caracterização do serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a missão do serviço? • Como se constitui o espaço do serviço? • Existem outros recursos físicos na instituição que sejam ou possam ser usados? (e.g. ginásio) • Qual o horário de funcionamento do serviço? • Que grupos profissionais constituem a equipa? • Quantos enfermeiros generalistas fazem parte da equipa? • Quantos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação fazem parte da equipa?
<p>Caracterização da população assistida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os critérios de referenciação dos utentes para a unidade? • Qual(is) a(s) proveniência(s) dos utentes? (de outros serviços do hospital/do centro hospitalar, área geográfica de influência, protocolos institucionais) • Qual o espectro de idades dos utentes? • Que patologias/motivos de referenciação são mais frequentes? • Qual o tempo médio de assistência?
<p>Gestão de recursos de Enfermagem de Reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a cobertura diária de prestação de cuidados de Enfermagem e de Enfermagem de Reabilitação? • Quais as funções atribuídas ao(s) enfermeiro(s) especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação? • Na sua opinião, qual a relevância da Enfermagem de Reabilitação na equipa? Que ganho identifica (junto da equipa, utentes e na gestão do serviço)?
<p>Conclusão da entrevista</p>	<p>Agradecimentos</p>

B. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Bloco Temático	Questões Possíveis
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos intervenientes • Apresentação dos objetivos da entrevista • Obtenção de consentimento
Caracterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as patologias mais frequentes nos utentes assistidos? • Que necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação são mais frequentes na população assistida?
Avaliação dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Como são selecionados os utentes que beneficiam dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação? • Em que momentos e segundo que instrumentos realiza a avaliação dos utentes e das suas necessidades de cuidados?
Prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os critérios tidos em conta na distribuição de doentes ao(s) enfermeiro(s) especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação? • Como estabelece o tipo de intervenção a realizar com cada utente? • Como procede à planificação dos cuidados? De que forma o utente participa (ou não) nessa planificação? • O serviço/hospital dispõe de programas específicos para alguns grupos de necessidades dos utentes? (e.g. programas de reeducação motora, sensorial ou cardiorrespiratória, treino de AVD's ou outras) Se sim, em que consistem e como funcionam? • Que intervenções desenvolve especificamente junto dos utentes com patologia do foro cardíaco? • De que tipo de ajudas técnicas dispõe no serviço?

<p>Autonomia, organização do trabalho e relações interdisciplinares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos utentes lhe são atribuídos, habitualmente, num turno? • Como organiza o seu trabalho ao longo do turno? Que tipo de atividades são prioritárias? • Articula a sua intervenção com a restante equipa de Enfermagem? E com elementos de outros grupos profissionais? Quais? De que forma é feita essa articulação? • Existe algum tipo de planeamento conjunto relativamente a planos de intervenção para cada utente?
<p>Continuidade de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como avalia a sua intervenção? Que indicadores utiliza? • Onde e como são realizados os registos de Enfermagem de Reabilitação? • De que forma a família dos utentes é envolvida nos cuidados/no plano de reabilitação? • Como garante a continuidade de cuidados entre turnos e no domicílio/comunidade? • Como é decidida a alta? Qual o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação nessa decisão e como é o utente encaminhado?
<p>Outras funções e atividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qual o seu envolvimento na formação no serviço? • Existe no serviço/na instituição algum projeto de melhoria contínua dos cuidados implementados/em implementação?
<p>Conclusão da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que mais-valias salienta na prestação de cuidados como especialista em Enfermagem de Reabilitação? E quais são as maiores dificuldades sentidas? • Agradecimentos

APÊNDICE V: PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Objetivo geral: Conhecer a intervenção do EEER junto da pessoa após TCE e sua transição para a vida laboral

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>1. Conhecer e integrar a equipa e dinâmica dos locais de estágio.</p>	<p>1.1. Pesquisa bibliográfica 1.2. Realização de entrevistas semi-estruturadas aos Enfermeiros chefe e EEER para conhecimento dos serviços. 1.4. Realização de uma breve caracterização dos locais de estágio. 1.3. Observação e participação nas atividades desenvolvidas. 1.5. Reflexão sobre a prática de cuidados com o intuito de desenvolver competências de análise e de tomada de decisão, e apropriação de novas realidades visando a melhoria da qualidade de cuidados.</p>	<p>- Ter consultado bibliografia. - Ter realizado entrevistas aos enfermeiros. - Ter realizado uma breve caracterização dos serviços. - Ter observado e participado nas atividades desenvolvidas. - Ter realizado reflexão sobre a prática de cuidados.</p>	<p>- Em que medida a pesquisa, a realização de entrevistas e a observação nos locais de ensino clínico favoreceu a aprendizagem, a aquisição de conhecimento e integração da dinâmica organo-funcional dos locais? - Em que medida a realização da caracterização e a reflexão sobre a prática contribuiu para conhecer e integrar a equipa e dinâmica dos locais de ensino clínico?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral • ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guião de Entrevista • Ciclo de Gibbs

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>2. Avaliar e diagnosticar necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa após TCE.</p>	<p>2.1. Recolha e análise da informação do doente e de meios complementares de diagnóstico necessários para identificação de alterações na pessoa após TCE.</p> <p>2.2. Avaliação das alterações da funcionalidade da pessoa após TCE.</p> <p>2.3. Realizar diagnósticos de enfermagem de alterações da funcionalidade da pessoa após TCE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ter realizado análise da informação do doente e dos meios complementares de diagnóstico. - Ter avaliado as funções sensoriomotora e cardiorrespiratória da pessoa após TCE. - Ter realizado diagnósticos de enfermagem a partir das alterações identificadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida a informação colhida e analisada foi pertinente? - Foram utilizados instrumentos de medida adequados à avaliação das alterações? - Os problemas sensíveis à intervenção do EEER foram identificados? 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral • ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de avaliação • Fita métrica • Estetoscópio • Pedaleira, escadas, bastão • Folhetos informativos • Bibliografia

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>3. Elaborar e implementar planos de intervenção para promoção de capacidades adaptativas da pessoa após TCE para o retorno à vida laboral.</p>	<p>3.1. Identificação e mobilização de recursos pessoais, familiares e da comunidade que possam favorecer os processos adaptativos da pessoa após TCE no retorno à vida laboral.</p> <p>3.2. Identificação dos factores motivacionais da pessoa.</p> <p>3.3. Elaboração de planos de cuidados personalizados.</p> <p>3.4. Seleção e utilização de materiais de apoio, que favoreçam o processo de adaptação da pessoa com TCE no retorno à vida laboral.</p>	<p>- Ter identificado e mobilizado recursos pessoais, familiares e da comunidade que possam favorecer os processos adaptativos da pessoa após TCE no retorno á vida laboral.</p> <p>- Ter identificado os factores motivacionais da pessoa.</p> <p>- Ter elaborado de planos de cuidados personalizados.</p> <p>- Ter identificado e utilizado/fornecido materiais de apoio, que favoreçam o processo de adaptação da pessoa com TCE no retorno à vida laboral.</p>	<p>- Em que medida os recursos identificados e mobilizados favorecem os processos adaptativos da pessoa após TCE no retorno à sua vida laboral?</p> <p>- Em que medida o plano criado se baseia no avaliação e diagnóstico de necessidades?</p> <p>- Em que medida o plano criado é dotado de objetivos realistas, adaptados às expectativas e recursos da pessoa, da família e da comunidade?</p> <p>- Em que medida os materiais de apoio seleccionados foram os mais adequados?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral • ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação • Ajudas técnicas • Bibliografia

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>4. Planear o treino de AVD visando maximizar autonomia e promovendo o autocuidado da pessoa após TCE.</p>	<p>4.1. Planeamento de treino específico de AVD da pessoa após TCE com base nas limitações de funcionalidade identificadas.</p> <p>4.2. Realização de treino específico de AVD da pessoa após TCE no âmbito das limitações de funcionalidade identificadas.</p>	<p>- Ter planeado e realizado treinos específicos de AVD com a pessoa após TCE.</p>	<p>- As técnicas ensinadas, específicas do autocuidado, tiveram em vista a máxima capacidade funcional da pessoa?</p> <p>- Em que medidas as intervenções implementadas contribuíram para a promoção da autonomia e autocuidado da pessoa após TCE?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · EEER · Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral · ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> · Escalas de avaliação · Bibliografia

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>5. Reeducação das funções sensoriomotoras e cardiorrespiratórias da pessoa após TCE.</p>	<p>5.1. Planejamento e implementação de intervenções personalizadas de reeducação funcional respiratória e reabilitação sensoriomotora à pessoa após TCE de acordo com as necessidades identificadas.</p>	<p>- Ter planejado e implementado intervenções personalizadas de reeducação funcional respiratória e reabilitação sensoriomotora à pessoa após TCE de acordo com as necessidades identificadas.</p>	<p>- Em que medida as intervenções planejadas e implementadas foram adequadas às necessidades identificadas? - Em que medida as intervenções implementadas contribuíram para a melhoria da pessoa?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral • ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação • Fita métrica, balança • Estetoscópio, • Pedaleira, escadas, bastão, • Bibliografia

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	Critérios de avaliação	Recursos
<p>6. Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança.</p>	<p>6.1. Identificação das necessidades relativas à promoção de um ambiente seguro de acordo com as limitações funcionais da pessoa após TCE.</p> <p>6.2. Partilha de legislação, normas técnicas promotoras de integração, dispositivos de apoio e apoio financeiro.</p> <p>6.3. Adoção de medidas que garantam a segurança do doente e profissional na prestação de cuidados.</p>	<p>- Ter identificado necessidades relativas à promoção de um ambiente seguro de acordo com as limitações funcionais da pessoa após TCE.</p> <p>- Ter disponibilizado informação e dispositivos de apoio pertinentes.</p> <p>- Ter adotado medidas que garantam a segurança do doente e do profissional.</p>	<p>- Em que medida foram identificadas as necessidades da pessoa relativamente à promoção de um ambiente seguro?</p> <p>- Em que medida os uso de dispositivos e o fornecimento de informação de apoio foi pertinente e adequado?</p> <p>- Em que medida foi garantida a segurança do doente e profissional na prestação de cuidados?</p> <p>- Foram aplicados os princípios de ergonomia durante a prestação de cuidados?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER • Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral • ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de avaliação • Folhetos informativos, • Legislação, • Bibliografia

Objetivos específicos	Atividades	Indicadores	CrITÉrios de avaliaÇão	Recursos
7. Suportar a prática clínica em evidencia científica e conhecimento, na área da especialidade, visando ganhos em saúde.	<p>7.1. Aprendizagem de novos conhecimentos contributivos para uma prática especializada.</p> <p>7.2. Incorporação de conhecimentos decorrente da evidencia científica numa prática especializada pautada de cuidados singulares e seguros.</p> <p>7.3. Identificação de oportunidades relevantes à aprendizagem.</p>	<p>- Ter mobilizado as fontes de conhecimento mais actuais e pertinentes.</p> <p>- Ter utilizado uma metodologia de pesquisa e análise geradora de conhecimento.</p> <p>- ter aplicado os conhecimentos na pratica clínica.</p> <p>- Ter identificado situações clínicas passíveis de articulação teórico-pratica relevante.</p>	<p>- Em que medida o investimento em pesquisa e análise foi adequado?</p> <p>- De que forma os novos conhecimentos adquiridos foram mobilizados para uma prática baseada na evidência?</p> <p>- Em que medida as situações da prática forma rentabilizadas e os conhecimentos teórico-prático mobilizados?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · EEER · Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral · ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> · Bibliografia
8. Partilhar momentos de aprendizagem em contexto de trabalho, na área de enfermagem de reabilitação	<p>8.1. Identificação das necessidades formativas da equipa.</p> <p>8.2. Desenvolvimento de ações formativas em contexto de trabalho e/ou momentos formativos.</p> <p>8.3. Avaliação do impacto da formação.</p>	<p>- Ter diagnosticados necessidades formativas na equipa.</p> <p>- Ter favorecido a aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências dos enfermeiros.</p> <p>- Ter contribuído com conhecimento novo e desenvolvimento da prática clínica especializada na equipa</p>	<p>- Foram corretamente avaliadas as necessidades formativas da equipa?</p> <p>- Foram promovidos momentos de formação junto da equipa de enfermagem?</p> <p>- Em que medida as ações formativas contribuíram para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada na equipa?</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · EEER · Professor orientador <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Espaço físico dos serviços de MFR do Hospital Curry Cabral · ECCI Mafra <p>Materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> · Bibliografia

APÊNDICE II: Caracterização dos locais de estágio

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

O serviço está organizado em efetivamente duas secções, sendo que tem o serviço de internamento que será caracterizado mais pormenorizadamente e o serviço de ambulatório onde estão localizados os departamentos que também prestam o apoio aos doentes internados.

O serviço de internamento é assim constituído por 18 vagas, divididas equitativamente por homens e mulheres. O serviço é fisicamente organizado por quatro quartos com cinco e quatro camas respectivamente, com casa de banho adaptada em cada quarto e cacifo privado para cada doente internado.

Os pedidos de internamento no serviço de MFR são precedidos de uma consulta externa para triagem no caso de doentes referenciados de outros hospitais, centros de saúde ou outro serviço do Centro Hospitalar ou consulta interna no caso de doentes internados no Hospital Curry Cabral, e os pedidos de internamento devem ser acompanhados de relatório clínico e exames complementares de diagnóstico. A consulta de triagem é realizada pela médica fisiatra responsável onde se procede à avaliação de potencial de recuperação e reabilitação do doente e sua capacidade para integrar um programa de reabilitação intensivo.

Para admissão em regime de internamento é necessário que o doente apresente um dos seguintes critérios:

1. alterações da mobilidade que afectem significativamente o nível de autonomia e funcionalidade;
2. necessidade de aprendizagem e/ou treino de AVD's, autocuidados, reeducação de função vesical e/ou intestinal;
3. dor, espasticidade, ou outras complicações clínicas com deterioração acentuada do estado funcional prévio.

E cumulativamente, os doentes não devem ser portadores de doença associada que impeça a sua evolução funcional, devem apresentar total integridade cutânea, apresentar potencial evolutivo e possuir condições físicas e cognitivas que permitam a aprendizagem e o usufruto em pleno do programa de reabilitação.

As pessoas admitidas ao serviço poderão ser provenientes de todo o

país e inclusive pessoas ao abrigo do programa dos PALOP, mas na sua maioria os internamentos são de transferências de pessoas hospitalizados no CHLC.

O tempo de internamento é variável conforme a patologia de base e as necessidade de reabilitação, apresentando um tempo médio de aproximadamente três meses.

As pessoas admitidas ao serviço apresentam mais frequentemente as seguintes patologias: politraumatismo, traumatismo crânio-encefálico, acidentes vascular cerebral, tumores ou patologia vascular cerebral, lesão vertebro medular, patologia de coluna vertebral, patologia ortopédica como artroplastia de anca ou de joelho, etc.

A equipa multidisciplinar é constituída por: médico fisiatra, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e assistente social. Os fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais trabalham essencialmente com as pessoas nos departamentos externos onde se deslocam por indicação da fisiatra, estando o plano de intervenção prescrito. O psicólogo e assistente social são solicitados conforme avaliação da necessidade pelo fisiatra ou enfermeiro, sendo que o seu apoio também se estende à família.

No que diz respeito aos recursos humanos de Enfermagem, o serviço dispõe de 10 enfermeiros, três são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, três são Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica e quatro são generalistas. Dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2 encontram-se presentes nos turnos da manhã e o terceiro faz turnos rotativos, integram a equipa de enfermagem regular estando na prestação diária de cuidados, e por vezes acumulam funções de chefia. Não são realizadas reuniões de equipa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, mas atendendo a que todo o plano de cuidados do doente está voltado para a readaptação e reabilitação do mesmo, a informação pertinente é passada na passagem de turno.

As intervenções desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação desenvolvem-se mais na área motora, nomeadamente: treino equilíbrio; exercícios terapêuticos; levante com carga e sem carga; mobilizações passivas, ativas e resistidas, posicionamentos, treino

equilíbrio estático e dinâmico, treino de marcha, reeducação das musculatura facial, e treino de AVD's como os cuidados de higiene; vestir e despir; controlo da eliminação (nomeadamente algaliações intermitentes através da autoalgaliação) e gestão da sexualidade. Na área respiratória os EEER não intervêm com tanta frequência pois as pessoas estão por norma estáveis da parte clínica, sendo que se apresentarem patologia do foro respiratório, a intervenção de reabilitação é mais direcionado no sentido do ensino de exercícios de tolerância ao esforço.

Os instrumentos de avaliação mais utilizados são a Escala de Comas de Glasgow para avaliar a consciência; a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel, a escala ASIA (American Spinal Cord Injury Association) Impairment Scale para caracterização da lesão medular, a escala de Lower para a avaliação da força muscular, a escala de Ashworth Modificada para avaliar a espasticidade, a Escala de Lyon Universite e de Penn para os espasmos e automatismos musculares; e o exame mini-mental para avaliação da orientação, memória, atenção e cálculo, evocação e linguagem.

No dia de internamento no serviço é realizado um acolhimento ao doente e familiar, se se encontrar presente, e é fornecido uma pulseira de identificação ao doente, assim como um guia de acolhimento onde é bem explícito que o objetivo do internamento é promover a autonomia do doente e família. Neste sentido, a pessoa deve trazer consigo os seus produtos de higiene pessoal, é incentivado a que use a sua roupa, mas que a mesma seja larga, confortável e fácil de vestir, e deve ser lavada em casa e o doente deve ter sapatos fechados tipo ténis.

CARACTERIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO DE CENTRO DE SAÚDE (ACES) OESTE SUL¹

Todas as respostas e equipamentos do Ministério da Saúde localizados no Concelho encontram-se sob a gestão e administração do ACES Oeste Sul, inserido na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). A integração do Centro de Saúde de Mafra neste Agrupamento ocorreu no final de 2012.

O ACES Oeste Sul é constituído pelo agrupamento de cinco centros de saúde, possui várias unidades funcionais (UF) que são comuns a todos os centros de saúde. Assim, a unidade de saúde pública (USP), a unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) e a unidade de apoio à gestão (UAG) são unidades comuns a todos os cinco centros de saúde.

A USP é responsável por toda a saúde pública do ACES, a URAP é constituída por todos os profissionais que não estando integrados nas outras unidades funcionais, prestando cuidados a todos os utentes de todas as UF, como, por exemplo, as assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e higienistas orais, etc. A UAG presta apoio à gestão dos 5 centros de saúde.

Cada centro de saúde tem várias unidades funcionais, como sejam as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de saúde familiar (USF) e as unidades de saúde na comunidade (UCC).

A sede do agrupamento de centros de saúde fica localizado em Torres Vedras, onde estão também localizados vários serviços de apoio, nomeadamente os recursos humanos, o aprovisionamento, a contabilidade e o gabinete de apoio à gestão.

Caracterização da área de influência da UF de Mafra⁶

Geografia:

Situa-se na orla ocidental do país e integrada na periferia da área metropolitana de Lisboa e pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Tem uma área geográfica de 291 Km² e é constituído

⁶ Dados retirados do documento "Diagnóstico Social Concelho de Mafra - 2015" acedido em http://www.cm-mafra.pt/sites/default/files/diagnostico_social_mafra_2015.pdf

por um total de 11 freguesias.

Demografia:

O concelho tem uma população residente de 81199 pessoas e uma densidade populacional de cerca de 278,4 habitantes por Km². De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o grupo etário com maior preponderância no Concelho de Mafra é o dos “ 25-64 anos”. O segundo grupo etário é o dos “0-14 anos”, seguindo-se o grupo etário dos “65 ou mais anos”. O grupo etário dos “ 15-24 anos” é o que representa a menor concentração de população .

Este é um indicador demonstra uma população jovens ativa a residir no concelho, mas segundo o INE nos anos de 2011 a 2014 houve também um aumento na percentagem de idosos ao contrario do acontecido em anos anteriores.

Segundo os dados o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, assim como o índice de longevidade que traduz a relação entre a população mais idosa e demonstra uma variação positiva de 0,6% o que revela um aumento do envelhecimento entre a população mais idosa.

Acompanhando a tendência nacional, nos últimos anos no concelho também se verificou um aumento da taxa de desemprego, apesar de se manter abaixo da média nacional, no entanto, é maior entre o género feminino e, dos desempregados, 55% estão nas idades compreendidas entre os 35 e 54 anos. Pelo que existem famílias vulneráveis em situação de pobreza e exclusão, que apresentam dificuldades na procura de emprego e por consequência se veem forçadas a procurar apoio social.

Mobilidade:

Um problema e prioridade no eixo estratégico de intervenção da rede social do concelho é a fraca rede concelhia de transportes rodoviários, nomeadamente no acesso à sede do concelho. Num concelho com as características deste (grandes distâncias, população dispersa e envelhecimento da população), a mobilidade é um factor com peso na qualidade de vida das pessoas. A existência de vários lugares não cobertos por serviços regulares de transporte publico, em conjugação com o facto de parte

da população não dispor de transporte próprio condiciona de forma significativa a sua mobilidade, nomeadamente no que se refere ao acesso a equipamentos, bens e serviços.

Educação, cultura e lazer:

O concelho apresenta uma boa rede de suporte escolar. Existem em funcionamento no concelho 39 estabelecimentos de educação e ensino da rede pública ou em Contrato de Associação com o Ministério da Educação, composta por 13 Jardins de Infância, 12 escolas que disponibilizam simultaneamente o 1.º Ciclo do Ensino Básico e Educação Pré-Escolar, 4 Escolas Básicas que ministram o 1.º Ciclo do Ensino Básico, 4 Escolas Básicas que ministram o 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico, 1 Escola Secundária, 2 Colégios e 1 Escola Profissional.

Segundo os dados dos Censos 2011, no Concelho de Mafra, 27% dos habitantes possuem o 1.º ciclo do ensino básico e 20% o ensino secundário. De seguida, surgem os habitantes que possuem o ensino superior (17%) e os que completaram o 3.º ciclo (16%). O 2.º ciclo do ensino básico foi completado por 10% dos habitantes e o ensino pós-secundário completado por 1%. Por fim, 9% dos residentes não possuem qualquer nível de escolaridade.

O concelho apresenta também uma forte tradição associativa, com mais de duzentas associações e coletividades, que promovem desporto, cultura e solidariedade social. Destacando-se vários equipamentos ao dispor da população, como equipamentos culturais: Auditório Municipal, Teatro Municipal, Espaço Jovem, Cooperativas Culturais, Casa da Cultura, Biblioteca Municipal; Equipamentos sociais: Associações de Solidariedade Social, Centros comunitários, Centros de ação social, Associações de Reformados e idosos, Universidade Sénior, e Equipamentos e parques desportivos: Piscina municipal, pavilhão municipal.

Cuidados de saúde:

O ACES tem um total de cerca de 218.536 utentes inscritos, o ACES Oeste Sul tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população dos concelhos de Mafra, Sobral de Monte Agraço, Lourinhã, Cadaval e Torres Vedras, numa área territorial de 1.073 Km².

Segundo o Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, do Serviço Nacional de Saúde, “os cuidados de saúde primários são o pilar central do Sistema Nacional de Saúde e constituem o primeiro acesso dos cuidados à prestação da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.”

No que se refere ao Hospital de referência, os utentes inscritos nas Unidades de Saúde de Mafra são encaminhados para o Hospital de Santa Maria e, no que respeita à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (que integra o Milharado, a Malveira e a Venda do Pinheiro), os utentes são encaminhados para o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.

Relativamente à prestação de Cuidados Continuados, Mafra dispõe dessa resposta, prestada no âmbito dos recursos da Rede Nacional de Cuidados Continuados do Ministério da Saúde. Domiciliariamente, a resposta é prestada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mafra. O acompanhamento é efetuado após encaminhamento ou sinalização pelo médico de família dirige-se a todo o Concelho.

Na freguesia da Encarnação, existe também resposta de cuidados continuados, mas prestados em unidade de internamento (ASFE, Associação de Socorros da Encarnação), com capacidade para 199 utentes, distribuída em 17 camas para Convalescença (permanência de 1 mês), 20 camas para Cuidados Paliativos, 77 camas para Longa Duração e Manutenção (permanência sem limite de tempo), e 85 camas para Média Duração e Reabilitação. A ocupação destas vagas deriva também de sinalização do Médico responsável pelo acompanhamento do doente.

Uma das prioridades nos eixos estratégicos de intervenção é o acesso à saúde. O défice de médicos de família e pessoal de saúde, associado ao crescente envelhecimento da população e conseqüente aumento de doenças crónicas, num concelho disperso e de difícil acessibilidade confere à problemática da saúde o estatuto de prioridade estratégica.

2. Equipa de cuidados continuados integrados

Relativamente à ECCI baseia a sua intervenção no que está preconizado em decreto-lei nº 101/2006 para RNCCI e define os cuidados como

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Os objetivos da equipa incluem a prevenção, diagnóstico e resolução de úlceras de pressão, os ganhos em independência nos autocuidados, os ganhos expresso no controlo da intensidade da dor e a satisfação dos utilizadores para com os serviços prestados.

A ECCI é constituída por uma equipa multidisciplinar de que fazem parte 6 enfermeiros, sendo 3 enfermeiros de cuidados gerais e 3 EEER, que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação nas várias dimensões mediante as necessidades do utente e praticam um horário das 8h às 20h todos os dias da semana. Na equipa estão também integrados outros profissionais, entre os quais, médica, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e psicóloga que compõem uma equipa de recursos partilhados, dispendo de um número de horas semanais para os utentes, mediante as necessidades.

A equipa de enfermagem mantém um telemóvel que está disponível 24h/dia a todos os utentes, famílias e cuidadores.

A ECCI tem como área de ação todo o concelho, que é de cerca de 300km², pelo que a equipa de enfermagem subdivide-se em dois para uma resposta mais eficaz aos utentes e detém uma carteira de 40 utentes, na sua maioria adultos/idosos em situação de dependência funcional prolongada, incapacidade grave decorrente de doença severa em fase avançada. As patologias neurológicas são frequentes, não só decorrentes de AVC e neoplasias, mas também doenças degenerativas, por exemplo, ELA.

É realizada quinzenalmente reunião da ECCI e discutido o plano de cuidados dos utentes integrados na equipa, assim como apresentados à equipa novos doentes, planeada a sua avaliação por parte de todos os profissionais da equipa e discutidos planos e resoluções, e eventuais altas e transferências de utentes.

APÊNDICE III: Guia de observação da Associação Novamente

GUIA DE OBSERVAÇÃO NA ASSOCIAÇÃO NOVAMENTE



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

VI Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Preparação da visita aos locais de Ensino Clínico

Local: Associação Novamente: Começar por acreditar.

Contactos:

Sede: Rua do Colégio, nº 5, 2750-323 Cascais

Telefone: [+351 912 617 440](tel:+351912617440)

Site: www.novamente.pt

Objetivos:

- Conhecer a Associação Novamente;
- Conhecer o espaço físico, missão e equipa e a sua dinâmica de funcionamento;
- Perceber o tipo de apoio fornecido à pessoa após TCE e sua família;
- Conhecer os principais resultados obtidos através do apoio dado à pessoa após TCE;
- Compreender que tipo de apoio é dado à pessoa após TCE no sentido da sua reabilitação e transição para a vida laboral;
- Conhecer os domínios de intervenção no âmbito da reabilitação desenvolvidos na associação, e como podem ser aplicados às competências de Enfermagem de Reabilitação.

Resumo do Projeto de estágio:

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é um evento único que produz incapacidade temporária ou permanente, e cujas manifestações são diferentes de pessoa para pessoa, podendo muitas vezes ser visíveis por serem físicas, mas por outras vezes não se observam tão facilmente, como por exemplo, no caso de perda de capacidade executiva (Chamberlain, 2004).

Este é um problema de saúde pública com elevado impacto económico e social. De acordo com Maas & Menon (2015) do CENTER-TBI, o TCE é uma das principais causas de morte e de incapacidade entre jovens/adultos, no entanto os casos entre a população idosa também têm vindo a aumentar, sendo as quedas o motivo mais comum. Relativamente à população mais jovem, os TCE estão normalmente relacionados com acidentes de viação, no entanto tem-se verificado uma diminuição na mortalidade e morbidade na última década, estimando-se que para tal tenha contribuído a implementação de medidas de segurança rodoviária mais exigentes. A maioria dos sobreviventes de TCE ficam com sequelas, que podem ser mais ligeiras ou mais graves mas, que de uma maneira ou de outra, interferem na sua vida pessoal, social e profissional, tendo também forte impacto ao nível dos seus familiares e da sociedade em geral (Novamente, 2014) (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012).

A OMS define a reabilitação da pessoa com incapacidade, como um processo que possibilita alcançar e manter os seus níveis funcionais, quer físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais, de modo a proporcionar o desenvolvimento de competências e ferramentas que permitam atingir a independência e autodeterminação (World Health Organization, 2015).

Na vida em sociedade, nomeadamente na cultura ocidental, o emprego é fator de integração estando associado a sentimentos de pertença e de bem-estar e, conseqüentemente a melhores níveis de saúde, pelo que a OMS em 2001 na revisão da Classificação Internacional de Funcionalidade, de Incapacidade e de Saúde (CIF) considera mesmo que o retorno ao trabalho é um componente fundamental da reabilitação do indivíduo (Green, et al., 2008).

O sobrevivente de um TCE enfrenta entre dias a anos de recuperação, encarando grandes dificuldades no regresso à vida ativa, e mais especificamente, na transição para a vida laboral, pelo que se justifica a intervenção do EEER.

Neste sentido o presente projeto de formação tem como ponto de partida conhecer o âmbito de intervenção do EEER junto da pessoa após TCE. Este problema desdobrou-se, ao longo da pesquisa bibliográfica realizada, nas seguintes questões parcelares:

- Que problemas sensíveis à intervenção do EEER tem a pessoa após TCE?
- Que intervenções pode desenvolver o EEER, de modo a otimizar a funcionalidade, minimizar sequelas e prevenir complicações da pessoa após TCE?
- Que intervenções pode o EEER desenvolver junto da pessoa após TCE de forma a que esta retome a sua vida ativa em sociedade e, mais concretamente, regresse à vida laboral?

A escolha do tema partiu de uma análise de mim própria, da minha experiência, tendo em conta o meu contexto de trabalho (serviço de neurocirurgia) e mediante a percepção de que o TCE é um diagnóstico de grande prevalência, que condiciona fortemente a funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo e da sua família, obrigando à adoção de novos papéis e à adaptação a uma nova realidade. Assim, e numa perspetiva de futuro, pretende-se perceber como intervir precocemente de modo a restaurar a funcionalidade, permitir o retorno do doente ao seu quotidiano e, mais concretamente, ao seu trabalho.

Guião de entrevista e observação

2. Guião de Entrevista

C. Assistente social - Dra. Rita Cardoso (assistente social) e coordenadores de área do Grupo Pares

Bloco Temático	Questões Possíveis
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação dos intervenientes• Apresentação dos objetivos da entrevista• Obtenção de consentimento
Caracterização do serviço	<ul style="list-style-type: none">• Qual a missão da associação?• Como se constitui o espaço da associação? Quais os recursos físicos da instituição?• Qual o horário de funcionamento?• Que grupos profissionais constituem a equipa?
Caracterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none">• Quais são os critérios de referenciação dos utentes?• Qual(is) a(s) proveniência(s) dos utentes? (hospital, centro de saúde, famílias, área geográfica de influência, protocolos institucionais)• Qual o espectro de idades dos utentes?• Qual o tempo médio de assistência?
Recursos de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none">• Qual o percurso habitual da pessoa assistida?• Quais as modalidades de apoio prestado?• De que forma é a família envolvida no processo de reabilitação?• Que resultados costumam obter, no sentido da promoção/transição da pessoa após TCE retornar à sua vida laboral? Mantêm a mesma profissão ou adoptam outro ofício?
Conclusão da entrevista	Agradecimentos

D. Guia de observação

Bloco Temático	Questões possíveis
Recursos	<ul style="list-style-type: none">• Quais os recursos humanos, sociais, físicos e materiais de que dispõem?
Atividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none">• Quais as atividades desenvolvidas?• Como as pessoas acedem às mesmas?• São apenas as pessoas com TCE que podem participar?• Desenvolvem apenas atividades no sentido da reabilitação da pessoa?• Articulam com outras instituições/associações? Trabalham em parceria com outras instituições?• Dispõem de programas específicos para a reeducação motora, sensorial ou cardiorrespiratória ou treino de AVD's? Quem são os profissionais responsáveis pelos programas?• Existe algum tipo de planeamento conjunto relativamente aos planos de intervenção para cada utente?
Contributos da observação	
Itens que não planeei, mas observei	

APÊNDICE IV: Caracterização da Associação Novamente

CARACTERIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO NOVAMENTE

A Associação Novamente tem por missão “Apoiar a vítima de TCE grave e a sua família, para melhorar o seu cuidado, qualidade de vida, reintegração, e sensibilizar a sociedade, promovendo a prevenção dos traumatismos crânio-encefálicos.” Têm por visão que a esperança e o esforço comum das vítimas de TCE, das suas famílias, dos seus cuidadores, das instituições e da sociedade, promovam a máxima recuperação e reintegração das vítimas.

Neste sentido, têm como valores estratégicos: a ligação estreita com a família (trabalham em contacto directo com os cuidadores e vítimas, fazendo trabalho informativo e de cuidado emocional directo, caso a caso e em grupo, tomando sempre em atenção as melhores soluções e a visão geral holística de cada caso); maximização das sinergias entre todos os actores (desenhando um caminho de crescimento com o pressuposto que existe muita experiência e recursos que podem vir a ser transformados em respostas para alguns dos casos de TCE e com os quais basta fazer a ligação e parceria de continuidade. Esta forma de trabalho potencia o trabalho de terceiros, aumenta o número de respostas aos problemas da vítima de TCE, cria uma maior procura de especialidades e interesse por TCE); construção de redes (constituindo uma rede informal para partilhar o “estado da nação” com os lesados, os decisores e os profissionais de saúde) e melhoria contínua (potenciando a criação e implementação do maior número de soluções eficazes e eficientes, para a reintegração da vítima e cuidadores e no estabelecimento de uma nova vida, pois com a visão de externos revê-se o trabalho e impacto na vida de quem cuidados e com quem lidamos).

Relativamente aos serviços de intervenção directa na família e vítimas de TCE, têm intervenção ao nível de apoio contínuo, nos grupos de Pares e na formação de grupos e cuidadores.

O apoio contínuo dá apoio informativo, emocional e de encaminhamento para soluções internas ou externas conforme cada caso e ao longo de toda a fase do processo desde o acidente em diante, adaptando o apoio à pessoa dentro da família que contactamos, as necessidades, o grau da seqüela, idade da vítima e do interlocutor e zona geográfica onde estão. São

cerca de 600 a 1000 família apoiadas por ano, têm uma abrangência nacional, o atendimento pode ser pessoal, via telefonica, mail ou internet, e fazem parceria com a Universidade do Minho e WeDo Technologies, Bizdirect, para sistematização no atendimento, ligação a ensaios, formação no atendimento e triagem.

O grupo de Pares TCE realiza-se em 3 localizações que são Lisboa, vila Nova de Gaia e Cascais, tem o intuito de proporcionar a pessoas que sofreram TCE o desenvolvimento das suas autonomias pessoais através de atividades ocupacionais, terapêuticas e socioculturais de modo a melhorar a sua integração na comunidade e no seio familiar. Estas sessões têm como objectivos específicos:

- proporcionar o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa, promovendo a sua autonomia pessoal e social numa perspectiva de integração e ocupação;

- proporcionar bem-estar físico e psicológico necessário ao equilíbrio global, de acordo com as necessidades;

- proporcionar atividades de ambito terapêutico, de modo a promover o bem estar bio-psico-social;

- facilitar o processo de inclusão social, ajudando na sua readaptação na sociedade;

- proporcionar autonomia, caminhando para a inclusão;

- desenvolver o hábito de rigor, da organização e do trabalho;

- criar relações afectivas estáveis, fomentando e reforçando a ligação dos utentes com os seus familiares, amigos, instituição e comunidade, como forma de desenvolver uma vida afectiva, estimulante e equilibrada;

- garantir qualidade de vida dos utentes;

- proporcionar apoio, encorajamento, informação e ensino;

- formar os elementos do grupo a partir da participação em formações dadas por profissionais de áreas diversas;

- promover a auto-estima, autoconfiança e estabilidade emocional, fomentando a partilha e interação entre diferentes elemntos do grupo;

- ajudar os membros do grupo a ter um papel activo e determinante na resolução dos seus problemas e a ganhar o controlo necessário sobre as áreas da sua vida.

Neste sentido, realização reuniões semanais em que são discutidos temas no grupo, são realizadas sessões de debate, formações, atividades de grupo e muitas vezes planeiam eventos de grupo na sociedade.

Na formação de grupos e cuidadores são abordados temas como perceber o TCE e sua sequelas, a gestão das dificuldades em família, a transição da equipa de reabilitação para a sua casa e que estratégias a adoptar, gerir a multiplicidade de terapias, dar espaço à autonomia respeitando as falhas e imperfeições, recursos comunitários e direitos sociais, a rede de suporte social.

APÊNDICE V: Plano de Reabilitação do Sr. BS

6.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação


Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PLANO DE REABILITAÇÃO

Realizado por:
Ana Cristina Gomes Mota

Enf^ª Orientadora: Enf^ª Maria da Luz Rodrigues
Prof. Orientadora: Prof. Dr.^ª Vanda Marques Pinto

Lisboa, Dezembro de 2015



Índice

Introdução	1
1. Apresentação do Sr. B. S.	1
2. Avaliação do Sr. B. S.	4
3. Diagnósticos e plano de cuidados	11
4. Apreciação sobre a Transição do Sr B.S.	23
5. Carta de transferência do Sr. BS.	24

INTRODUÇÃO

O plano de cuidados do Sr. B.S. surge após este senhor ser referenciado à ECCI, na sequência de um episódio agudo de AVC, pela EGA de um hospital central de Lisboa.

A intervenção teve início a 14-12-2015 após alta hospitalar e mediante a referência do Sr. à RNCCI por se encontrar dependente nas AVD's com carência de continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Assim, primeiramente é realizada uma apresentação do Sr. B.S., englobando uma apreciação das condições habitacionais e referindo a avaliação familiar enquanto esfera de cuidadores informais, posteriormente é descrito avaliação inicial realizada e conseqüentemente o plano de cuidado elaborado. No final pretendo realizar uma apreciação do processo de transição realizado pela pessoa.

1. APRESENTAÇÃO DO SR. B. S.

O Sr. B. S. De 77 anos é residente em Mafra e previamente ao episódio agudo de AVC independente nas AVD's. Atualmente reformado de vendedor de fruta.

Antecedentes pessoais de saúde

Apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial, dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata, cardiopatia valvular com colocação de prótese aórtica mecânica, cardiopatia isquémica submetido a duplo bypass, e estado após endarterectomia da artéria carótida interna direita e colocação de pacemaker em 2003.

Regime medicamentoso:

Medicamento	Jejum	Peq-Alm	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar
Furosemida 40mg	1					
Bicalutamida 50mg		1				
Omeprazol 20mg	1					
Pentoxifilina 400mg		1	1		1	
Nitroglicerina TD	Colocar de manhã e retira à noite					
Tansulosina 0,4mg		1				
Lorazepan 1mg						1

Varfarina 5mg	1 comp. 3 dias da semana, alternando com ¾ comp. 4 dias da semana					
Rosuvastatina 10mg					1	

Dimensão pessoal e sociofamiliar

O Sr. B. S. Reside com a sua esposa numa vivenda em Mafra. Tem dois filhos, estando ambos presentes, mas a filha com maior disponibilidade por ser mãe a tempo inteiro e assim ter um horário mais flexível. Residem ambos perto dos pais. Tem também 4 netos, dois de cada filho, sendo que um par está em idade infantil e o outro na idade adulta.

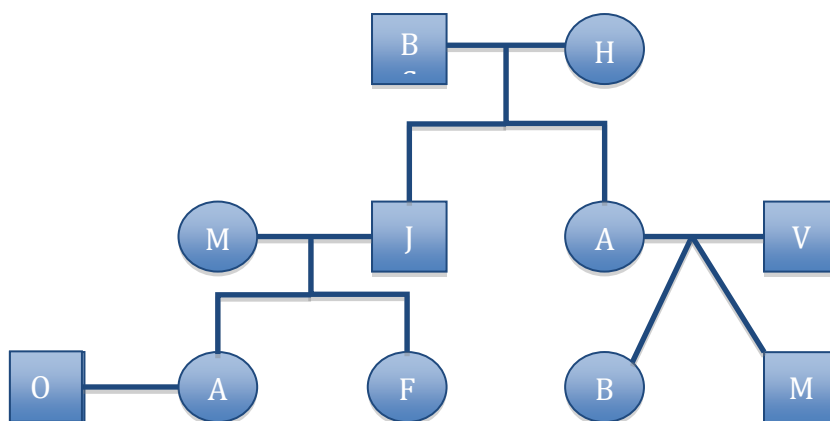


Figura 1: Genograma do Sr. B. S.

Em termos habitacionais o Sr. B. reside numa vivenda de R/c e 1º andar, sendo os quartos localizados no 1º andar, no entanto a família transformou uma sala de estar no quarto do casal, com uma cama articulada para o Sr. e a esposa dorme numa cama de corpo e meio ao lado. Assim, neste momento utilizam apenas o r/c da casa onde têm a cozinha, quarto e casa de banho, sem barreiras arquitectónicas. A casa de banho é constituída por poliban e têm uma cadeira de banho para apoio. O chão do quarto/sala de estar e corredor é madeira e a família já retirou tapete que possam constituir obstáculo e potenciar o risco de queda.

No acesso exterior da casa tem um lance de escadas com cerca de 5 degraus, que no dia 18-12 já estava transformada em rampa de cimento com um corrimão de apoio, para que o doente se possa deslocar inicialmente em

cadeira de rodas ao exterior e posteriormente quando iniciar marcha tem o corrimão para se apoiar e evitar quedas.

O exterior da casa é alcatroada com uma pequena inclinação mas bom estado de conservação. O senhor tem garagem e estacionamento à porta de casa.

Escala de Risco de Queda de Morse

Parâmetros		Pontuação
Antecedentes de queda	Não	0
Diagnóstico secundário	Sim	15
Apoio na deambulação	Nenhum/apoiado/acamado	15
Medicação e/ou heparina intravenosa	Não	0
Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas	0
Estado mental	Consciente das suas limitações	0
		30 - médio risco

Este senhor não se encontra medicado com heparina ou medicação IV no entanto é um doente anticoagulado a realizar varfine com controle regular de INR, sendo o mesmo e família alertados no sentido de se perceber que é um factor de risco e como se pode prevenir as quedas. Desta forma é importante avaliar um possível risco e implementar intervenções no sentido da prevenção, como, o alertar para a disposição dos objetos e móveis em casa e ensinar o utente e família para retirar os obstáculos do caminho.

História da doença atual

O Sr. B.S. dia 27-11-2015 iniciou quadro de hemiparesia esquerda e disartria, de instalação súbita, tendo sido levado ao serviço de urgência do Hospital Sta. Maria. À entrada no SU vígil, consciente e orientado, e com amnésia para o acontecimento. Apresenta disartria grave, mas nomeia e repete palavras e frases pouco perceptíveis, apresenta hemianopsia homónima esquerda, desvio da língua para a esquerda e hemiparésia esquerda de predomínio braqueal. Realizou TC-CE que revelou “alta densidade do

segmento de M1 da artéria cerebral média direita compatível com trombo, hipodensidade cortico-subcortical fronto-opercular e insular (...); ateromatose carotídea e vertebrobasilar.”, e devido à extensão do AVC isquêmico e risco de transformação em hemorrágico, foi suspensa a anticoagulação por 72h.

Durante o internamento houve recuperação parcial da força muscular do hemicorpo esquerdo e da disartria. Apresentou como intercorrência infecção respiratória nosocomial, manifestada por febre, roncos e crepitações na base pulmonar direita. Cumpriu 7 dias de antibioterapia com melhoria do quadro infeccioso.

Iniciou programa de reabilitação no internamento, sendo encaminhado para ECCI para manter programa de reabilitação.

2. AVALIAÇÃO DO SR. B. S.

Avaliação Neurológica (14-12-2015)

Consciência:

O Sr. B. S. apresenta-se vigil, com score de Glasgow de 15, apresentando abertura espontânea do olhos, resposta verbal orientada e obedece a ordens simples.

Encontra-se orientado auto e alopsíquicamente.

Ao nível da atenção, dispersa com facilidade, sendo necessário gerir o ambiente para que se concentre na avaliação e programa de reabilitação.

Relativamente à memória apresenta amnésia para o acontecimento agudo do AVC, mas a memória imediata, a recente (curto e longo prazo) e a remota aparentemente conservada.

A linguagem encontra-se mantida, o discurso é espontâneo, sem aparentes alterações ao nível da compreensão e nomeação. Apresenta ligeira disartria que lhe dificulta a comunicação.

Pares cranianos:

I Olfativo – Não avaliado

II Ótico – Sem alterações. Faz uso de óculos.

III Motor ocular comum – Sem alterações. Apresenta pupilas iguais, isocóricas e isoreativas.

IV Patético – Sem alterações.

V Trigêmeo – Apresenta hipostesia do ramo maxilar esquerdo.

VI Motor ocular externo – Sem alterações.

VII Facial – Apresenta parésia facial central esquerda com desvio da comissura labial direita e ligeiro apagamento nasogeneano.

VIII Vestibulo coclear – Relativamente à divisão coclear aparentemente sem alterações, no que diz respeito à divisão vestibular apresenta desequilíbrio dinâmico sentado e de pé.

IX Glossofaríngeo – Não avaliado.

X Vago – Sem alterações.

XI – Espinhal – Sem alterações.

XII Grande hipoglosso – Protusão da língua com discreto desvio para a direita.

Força Muscular:

Segmentos	Movimentos	Resultado (Escala de Lower)
Cabeça e pescoço	Flexão / Extensão Flexão lateral direita e esquerda Rotação	5 em todos os movimentos
Escapulo – umeral	Flexão / Extensão Adução / Abdução Rotação interna / rotação externa	5 à direita e 3 à esquerda
Cotovelo	Flexão / Extensão	5 à direita e 3 à esquerda
Antebraço	Pronação / Supinação	5 à direita e 3 à esquerda
Punho	Flexão / Extensão Desvio radial / desvio cubital Circundação	5 à direita e 2 à esquerda
Dedos	Flexão / extensão Adução / abdução	5 à direita e 2 à esquerda

	Circundação Oponência do polegar	
Coxo – femural	Flexão /extensão Adução /abdução Rotação interna / rotação externa	5 à direita e 3/4 à esquerda
Joelho	Flexão / extensão	4 à direita e 3 à esquerda
Tíbio – társica	Flexão plantar / flexão dorsal Inversão / eversão	5 à direita e 3 à esquerda
Dedos	Flexão / extensão Adução /abdução	5 à direita e 3 à esquerda

O Sr. B.S. tem alteração da motricidade fina e grossa ao nível da mão esquerda, com dificuldade em realizar preensão grossa como segurar o comando de televisão, e incapacidade para a preensão fina como segurar uma caneta.

Tónus muscular:

Não apresenta aparente alteração do tónus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada aquando da realização de mobilizações passivas os diversos segmentos.

Coordenação motora e equilíbrio:

Apresenta dismetria à esquerda na prova calcanhar-joelho, e também na prova dedo-nariz. Apresenta equilíbrio estático sentado, mas o equilíbrio dinâmico sentado e o estático e dinâmico de pé encontra-se comprometido.

Sensibilidade:

O Sr. B.S. apresenta hipostesia térmica, táctil e dolorosa ao nível do hemicorpo esquerdo.

Função respiratória:

No exame subjetivo não apresenta dispneia, secreções, toracalgia ou outros sintomas.

No exame objectivo apresenta um toráx sem alterações em termos estáticos, em termos dinâmicos apresenta um padrão respiratório de predomínio torácico com frequência de cerca de 18cpm, com respiração simétrica e regular e amplitude superficial. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os segmentos pulmonares, sem presença de ruídos adventícios. Apresenta tosse eficaz, sem presença de secreções.

Circulação:

Apresenta padrão tensional regular com a manutenção da terapêutica habitual, com TA sistólica a oscilar entre 148/132 mmHg, a TA diastólica oscila entre 75/58 mmHg , e as frequências cardíacas entre 85/60 bpm.

Capacidade para o Autocuidado: Escala de Barthel.

Atividade	Pontuação
Intestino	10 – controle perfeito
Bexiga	5 – problemas ocasionais
Higiene pessoal	0 – dependente
Uso da sanita	5 – ajuda parcial
Alimentação	5 – com ajuda
Transferências leito – cadeira de rodas	0 – dependente
Mobilidade	0 – impossível
Vestir	0 – impossível
Escadas	0 – impossível
Banho	0 – dependente

Instrumento de avaliação integrada (este instrumento de avaliação existe na plataforma informática da RNCCI e interliga a escala de Lawton e Brody com o índice de Katz, para avaliação das atividades de vida diária)

Data: 2015-12-14	
Tipo de avaliação: Admissão	Respondeu ao inquérito: O próprio

Sexo: masculino	Idade: 65 a 79 anos
Perfil biopsicossocial: 1-1---0-9-3—0-1-0---2-3—1-9	
Queixas de saúde	
Queixas músculo-esqueléticas:	Com queixas (limitação funcional/incapacidade)
Queixas visão:	Com queixas (outros sinais/sintomas oculares)
Queixas audição:	Com queixas (outros sinais/sintomas do ouvido)
Queixas pele:	Com queixas (limitação funcional/incapacidade)
Queixas outros órgão/sistemas:	Sem queixas
Resultado do grupo: com queixas	Pontuação: 0
Estado de Nutrição	
Peso: 95 kg	Altura: 1.70m
IMC: 32.8 kg/m ²	
Cintura (em cm) Não avaliado	Pontuação: 9
Quedas	
Nº de quedas: 0	Momento de quedas: sem quedas
Motivo de quedas: sem quedas	Sequelas ocorridas: sem quedas
Resultado do grupo: 3 - bom	Pontuação: 3
Locomoção	
Andar em casa, dentro de edifícios: dependente de 3ºs	Andar na rua: meios
Andar em escadas: incapaz, não usa	Locomoção e meios para visão e audição: independente
Resultado do grupo: incapaz	Pontuação: 0
Autonomia física	
Lavar-se/tomar banho (entrar/sair, estar, lavar-se): dependente de 3ºs	Vestir-se/despir-se (escolher, preparar, vestir): dependente de 3ºs
Usar na sanita e/ou bacio/urinol (usar, limpar-se, roupa, despejar): dependente de 3ºs	Deitar-se/levantar-se da cama (mover-se, transferir-se, andar): dependente de 3ºs

Controlar as fezes: meios/incontinência esporádica	Controlar a urina: meios/ incontinência esporádica
Autonomia física e meios para visão e audição: independente	Alimentar-se/comer (servir-se, preparar alimentos, comer): dependente de 3ºs
Resultado do grupo: dependente	Pontuação: 1
Autonomia instrumental	
Usar o telefone (marcar nºs, atender): dependente de 3ºs	Preparar refeições (planejar bem, preparar, servir-se): incapaz, não faz
Fazer compras (todas as compras necessárias): incapaz, não faz	Lavar/tratar da sua roupa (grande e pequena): incapaz, não faz
Tarefas de lida da casa (pesadas e leves, com limpeza): incapaz, não faz	Tomar medicamentos (nas doses e tempos correctos): incapaz, não toma
Usar transportes, onde não pode ir a pé (publico/táxi/ carro, conduzir): incapaz, não faz	Autonomia instrumental e meios para visão e audição: independente
Gerir dinheiro (contas, cheques, idas ao banco): incapaz, não faz	
Resultado do grupo: incapaz	Pontuação: 0
Queixas emocionais	
Triste/deprimido: pouco tempo	Queixas triste: sensação de depressão
Nervoso/ ansioso: pouco tempo	Queixas nervoso: sem queixas
Outras queixas emocionais: sem queixas	Queixas outras: limitação funcional/incapacidade
Resultado do grupo: 2 a 2,9 – satisfatório	Pontuação: 2
Estado cognitivo	
Ano – em que ano estamos?: certo	Mês – Em que mês estamos?: certo
Dia do mês – Quantos são hoje?: certo	Estação do ano – Em que estação do ano estamos?: certo
Dia da semana – Que dia da semana é hoje?: certo	OT – Orientação no tempo: orientado no tempo

País – como se chama o nosso país?: certo	Distrito – Em que distrito vive?: certo
Terra – Em que terra vive?: certo	Casa – Como se chama esta casa?: certo
Andar – Em que andar estamos?: certo	OE – orientação no espaço: orientado no espaço
Resultado do grupo: 3 - bom	Pontuação: 3
Estado Social	
Estado civil: casado/união facto	Nº de coabitantes na sua residência: vive com outros
Tempo em que está só nas 24h: menos de 8 horas	Ter com quem desabafar/ter confidente (falar de assuntos pessoais): tem confidente
IS – isolamento social: 3 – não isolado	
Escolaridade: 1º estágio de educação básica (4ª classe/6º ano)	Escolaridade: 1 a 6 anos
Profissão: vendedores ambulantes, agricultura e pescas não qualificados, empregada doméstica	Profissão: não qualificado
Nº coabitantes: 1	
HL – habilitações literárias: 0 a 0,9 - baixas	
Resultado do grupo: 1 a 1,9 – insatisfatório	Pontuação: 1
Hábitos	
Andar a pé na rua (nº horas/semana): 0	Ginástica ou desporto (nº horas/semana): 0
Outras actividade física (nº horas/semana): 0	AF – actividade física (nº horas/semana): 0
AF – actividade física (nº horas/semana): 0	0
Resultado do grupo: 0	Pontuação: 9

3. DIAGNÓSTICOS E PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
14/12	<p>Paralisia presente, relacionado com lesão hipodensa cortico-subcortical no hemisfério direito manifestado por força grau 3/5 nos segmentos musculares do membro inferior esquerdo e força grau 2-3/5 nos segmentos do membro superior esquerdo, com alteração da motricidade fina.</p>	<p>- Aumento a força muscular, prevenção de complicações musculoesqueléticas e manutenção de amplitudes articulares, no hemicorpo parético.</p> <p>- Que o Sr. BS e sua esposa demonstrem conhecimento e habilidades para realização do exercícios terapêuticos.</p> <p>- Que o Sr. BS seja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da força muscular segundo a escala de Lower no início de cada sessão. • Mobilizações músculo articulares ativas assistidas nos diversos segmentos do membro superior esquerdo com ciclos de 10 mobilizações. • Mobilizações ativas resistidas nos diversos segmentos do membro inferior esquerdo no leito com ciclos de 10 mobilizações. • Ensino ao utente e família na realização de atividades terapêuticas como a ponte, a rotação controlada da anca no leito e as auto-mobilizações. • Incentivo para a realização das automobilizações de frente a um espelho na posição de sentado. • Ensino à família no sentido de ir incentivando o Sr. BS a corrigir a sua posição quando está 	<p>18/12 – O Sr. BS colabora na realização dos exercícios e a família interage e incentiva na realização das mobilizações, mesmo quando o utente se sente mais desmotivado e desanimado.</p> <p>05/01 – o Sr. BS realiza as automobilizações dos membros superiores e inferiores sem apoio, necessita supervisão na realização dos exercícios de</p>

		capaz de realizar movimentos de motricidade fina.	<p>sentado no cadeirão, não o substituindo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar e prescrever exercícios para a reeducação da motricidade da mão, começando por folhear um jornal ou revista, jogos com peças maiores e conseqüentemente ir aumentando o grau de dificuldade com peças mais pequenas à medida que vai conseguindo apanhar os objetos. • Validar o cumprimento dos exercícios prescritos em todas as sessões. 	<p>movimentos finos.</p> <p>Melhor da força no hemicorpo parético, apresenta força grau 4+/5 no membro inferior e força 4/5 em todos os segmentos do membro superior excepto ao nível da mão onde apresenta força grau 3/5.</p>
Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
14/12	Autocuidado: alimentar-se e hidratar-se dependente em grau moderado, relacionado com parésia do VII e XII	Que o Sr. BS. consiga alimentar-se e hidratar-se oralmente com segurança	<p>- Testar a deglutição do Sr. BS. (consegue manter o alinhamento da cabeça, tem prótese dentária adaptada, e sem aparente atraso na deglutição da saliva)</p> <p>- Vigiar sinais de disfagia/aspiração de conteúdo alimentar (tosse durante a alimentação; sensação de bolo na garganta; alteração do padrão</p>	14/12 – O Sr. BS consegue manter o alinhamento da cabeça, tem prótese dentária adaptada, e não apresenta atraso na deglutição da saliva.

	<p>par craniano manifestado por disfagia a líquidos.</p>		<p>respiratório ou esforço respiratório; dispneia ou dor torácica durante a alimentação; gorgorejo; aumento das secreções; regurgitação nasal; lacrimejo; rubor facial; tentativas de mexer na garganta; movimentos excessivos da língua);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e validar com a família os sinais de disfagia/aspiração de conteúdo alimentar; - Incentivar o utente a alimentar-se por sua própria mão, e instruir a família no sentido de apoiar na alimentação, nomeadamente na preparação do prato, mas não o substituir; - Por apresentar parésia facial central esquerda, realizar exercícios de reeducação da musculatura facial, nomeadamente sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar suspendendo o ar por segundos e deixar sair o ar por lábios cerrados, depressão do lábio inferior. - Incentivado a realizar os exercícios acima citados em frente ao espelho para ter noção visual dos mesmos e se autocorrigir; 	<p>18/12 – O Sr. BS realiza dupla deglutição como manobra compensatória da disfagia a líquidos, mas necessita por vezes ser corrigido relativamente ao posicionamento da cabeça.</p> <p>05/01 – O Sr. BS não apresenta parésia do XII par craniano, não apresentando lateralização da língua ou desvio da vulva. Mantém parésia facial melhorada, com maior colaboração do mesmo na realização dos</p>
--	--	--	---	--

			- Realizar exercícios para aumentar resistência muscular, nomeadamente para aumentar resistência da língua (lateralização da língua, elevação da língua em direção ao palato duro, protuir e retrain a língua, empurrar as bochechas com a ponta da língua) e exercícios para o palato mole (soprar, sugar, emitir sons como “aaaaa”)	exercícios de reeducação da musculatura facial. Sem disfagia para líquidos.
Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
14/12	Transferir-se e Andar dependente em grau elevado, relacionado com lesão hipodensa cortico-subcortical no hemisfério direito, manifestado por - Hemiparésia esquerda - Hemihipostesia	Que o Sr. BS consiga realizar a atividade de transferência, e se deslocar autonomamente.	- Avaliar a capacidade do Sr. BS realizar lateralização e transferência para a posição de sentado, posteriormente avaliar equilíbrio postural sentado no leito e na posição de pé junto ao leito; - Assistir na transferência para cadeira de rodas ou cadeirão. - Validar conhecimento da família relativamente à realização das transferências e correção de eventuais erros; - Ensinar sobre prevenção de quedas; - Executar atividades terapêuticas:	18/12 – O Sr. BS necessita de apoio humano bilateral nas transferências e na deslocações. Iniciado treino de pé com andarilho. Realiza marcha a pequenos passos com apoio humano. Mais autónomo nas atividades

	esquerda,		<ul style="list-style-type: none"> • Rolar para o lado menos afectado (o enfermeiro coloca-se do lado para o qual o Sr. se vai virar, solicito que faça a flexão do joelho e coxo-femural, entrelace os dedos da mão menos afectada, rode a cabeça no sentido do movimento, auxiliando o movimento colocando as mãos na bacia e ombro do Sr.) • Rolar para o lado mais afectado (o enfermeiro coloca-se do lado para o qual o Sr. BS. se vai virar, o membro superior afectado fica posicionado em extensão e abdução, e solicito ao utente que faça a flexão do joelho e coxo-femural, e o enfermeiro assiste o movimento entrelaçando a sua mão com a mão menos afectada do senhor). • Ponte (pedindo ao Sr. BS que fique em decúbito dorsal, com os membros superiores em extensão ao longo do corpo, os joelhos em flexão, o enfermeiro coloca as suas mãos no dorso dos pés para evitar o deslizamento dos 	<p>terapêuticas no leito, mas precisa ser incentivado à realização das mesmas. Apresenta desequilíbrio dinâmico sentado.</p> <p>05/01 – O Sr. BS. Apresenta melhoria do equilíbrio dinâmico conseguindo compensar, realiza marcha com andarilho dentro de casa, já indo almoçar com a família à cozinha. Ainda não se deslocou às escadas.</p> <p>07/01 – O Sr. BS já se desloca com o andarilho ao quintal e dentro de casa sente segurança</p>
--	-----------	--	--	--

			<p>mesmos e solicita ao Sr. que eleve a bacia, tendo manter o máximo de tempo que conseguir e ao descer realizar o movimento devagar).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automobilização dos membros superiores (solicitar ao Sr. BS. que entrelace os dedos da mão direita com a esquerda, de forma a que o polegar fique sobre o esquerdo, inicialmente auxiliando no movimento de flexão da escapulo-umeral). Posteriormente incentivar a realizar estes exercícios sentado de frente a um espelho; • Facilitação cruzada (abordar o Sr. BS. pelo lado esquerdo e instruir os familiares no mesmo sentido, assim como colocar a mesa de cabeira, o copo ou garrafa de água ou até mesmo o comando da televisão do lado esquerdo da cama ou do cadeirão). • Carga no cotovelo (colocar o membro superior em extensão adução de 45°, o enfermeiro fixa o antebraço e ajuda a pessoa a levantar-se). 	<p>em usar a bengala com tripé. Realiza as transferências para cadeira de rodas com supervisão, para o sofá necessita de apoio parcial. Autonomo no leito.</p>
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de mobilização ativas assistida no membro superior direito (realizar o movimento em cada segmento 10 vezes e solicitando ao senhor que observe o movimento que está a realizar, de forma lenta.) <ul style="list-style-type: none"> • Dedos da mão (flexão/extensão; adução/abdução) • Polegar (flexão/extensão; adução/abdução; oponência) • Punho (flexão/extensão; desvio radial/desvio cubital) • Antebraço (pronação/supinação) • Cotovelo (flexão/extensão) • Ombro (rotação interna/rotação externa; adução/abdução; flexão/extensão; elevação/depressão) • Exercícios de mobilização ativa resistida no membro inferior direito (insistido para que cada movimento seja realizado 10 vezes de forma lenta e solicitando ao Sr. para que se concentre 	
--	--	--	---	--

			<p>no movimento que está a realizar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coxo-femural (rotação interna/ rotação externa; adução/abdução; flexão/extensão) • Joelho (flexão/extensão) • Tíbio-társica (inversão/eversão; dorsi-flexão/flexão plantar) • Dedos do pé (flexão/extensão; adução/abdução) <p>- Treinar realizar técnica de levantar várias vezes, a partir da posição de sentado ou de deitado.</p> <p>- Realizar treino de marcha controlado, colocando-me do lado esquerdo e segurando o braço do Sr. de forma a manter o membro superior em rotação externa, o punho em extensão e os dedos em adução, várias vezes ao longo do dia.</p>	
Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
14/12	Equilíbrio corporal comprometido, relacionado com	Que o Sr. BS. consiga readquirir equilíbrio estático e	<p>- Treino de equilíbrio dinâmico sentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imprimir movimento para que o Sr. BS. tente compensar e equilibrar-se, inclinando 	18/10 – O Sr. BS. apresenta postura corporal a desviar para o

	<p>lesão hipodensa cortico-subcortical no hemisfério direito manifestado por</p> <ul style="list-style-type: none"> - desequilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé. 	<p>dinâmico.</p>	<p>o tronco para a frente e para trás e lateralmente para a esquerda e para a direita, e à posteriori pedir que tente equilibrar-se sem mãos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino de equilíbrio estático de pé <ul style="list-style-type: none"> • Pedir ao Sr. BS. para colocar os pés bem assentes no chão, com sapatos fechados calçados, e com os pés um pouco afastados para ter maior base de sustentação, pedir para inclinar um pouco o tronco, transferindo o peso e deixando os braços livres para que possa equilibrar-se. • Treinar levantar-se várias vezes, transferindo o peso umas vezes para a esquerda e outras vezes para a direita. • No posição de pé treinar passar o peso para a posição de “bicos de pés” e retornar a posição normal, apoiando-se numa base fixa como a barra/fundo da cama. - Realizar exercícios de treino de coordenação, ao 	<p>lado esquerdo, mas corrige quando incentivado. Apresenta equilíbrio estático sentado.</p> <p>05/01 – O Sr. BS. apresenta equilíbrio estático em pé e melhorado ao nível equilíbrio dinâmico em pé.</p>
--	---	------------------	---	---

			<p>nível dos membros inferiores, pedindo ao Sr. BS. que deitado em decúbito dorsal repita o movimento de levar o calcanhar esquerdo até ao joelho direito e vice-versa, repetindo em ciclos de 10 vezes.</p> <p>- Realizar treino de marcha controlado, colocando-me do lado esquerdo e segurando o braço do Sr. de forma a manter o membro superior em rotação externa, o punho em extensão e os dedos em adução, várias vezes ao longo do dia.</p>	
Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
18/12	Comunicação comprometida relacionado com lesão hipodensa cortico-subcortical no hemisfério direito manifestado por parésia facial central	Que o Sr. BS consiga comunicar de forma adequada e adaptada.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar a comunicação; - Incentivar a comunicação (encorajar a comunicação, falando de forma calma e pausada, dando tempo para a doente se expressar, repetir a mensagem transmitida em voz alta, ignorar erros e não interromper, aguardar pela resposta se necessário mais tempo que o habitual, não valorizar a pronuncia imperfeita) 	05/01 – O Sr. BS. mantém disartria ligeira conseguindo comunicar de forma eficaz e adequada. Fala de forma pausada e calma. Incentivada a família a dar tempo para o senhor

	esquerda e disartria.		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios de reeducação da musculatura facial, e exercícios como riso e a tosse, o bocejo e o suspiro. - Reconhecer as frustrações e tristeza do Sr. BS., tentando manter uma atitude positiva, tranquilizá-lo, permitir que exprima as suas emoções e que achar necessário procure e utilize outras formas de comunicação como seja escrever; - Incentivar a família no sentido de reconhecer a frustração e tristeza do senhor, aceitando-a e incentivando a que exprima os seus sentimentos de modo a melhor conseguir ultrapassá-los. - Estimular a que não se isole ou que evite comunicar por causa das suas dificuldades. - Orientar os familiares no sentido de perceberem o que é a disartria, que não tentem falar por ele, nem interrompam, que falem calma e pausadamente sem aumentar o tom de voz. 	terminar as frases.
--	-----------------------	--	--	---------------------

4. APRECIACÃO SOBRE A TRANSIÇÃO DO SR B.S.

Natureza da transição	Transição Saúde – Doença Transição situacional
Padrão da transição	Padrão de transição múltiplas e simultâneas
Propriedades da transição	O Sr. BS tem consciência da transição que vivencia, estando mais centrado na transição de saúde-doença. Apresenta uma postura ativa (doente e família) na procura de informação, cumprimento e colaboração no programa de reabilitação. Tem consciência que o processo de transição de mantém no tempo.
Condições facilitadoras da transição	O Sr. BS destaca como facilitador do processo de transição a saída do hospital o regresso a sua casa, o apoio da esposa, filhos e netos, e a sua força de vontade. Destaca também o acompanhamento pela ECCI.
Condições inibidoras da transição	O Sr. BS refere que foi inibidor da transição o tempo em que esteve hospitalizado, e também o facto de não o programa de reabilitação no domicilio não ser mais intensivo (não haver uma presença diária dos profissionais)
Indicadores de processo	O doente referiu sentir-se ligado sobretudo à esposa e à filha, mas também o apoio do filho e netos. Tem-se deslocado com o apoio da esposa e filha ao hipermercado para realizar compras e tomar o pequeno-almoço. Não tem uma atitude de passividade.
Indicadores de resultado	O Sr. BS. está atingir os objectivos proposto no programa de reabilitação, como seja recuperar o máximo de força no hemicorpo esquerdo, andar e recuperar autonomia nas suas atividades de vida.

5. CARTA DE TRANSFERÊNCIA DO SR. BS

O Sr. BS de 77 anos com antecedentes de cardiopatia isquêmica e valvular, HTA, dislipidemia, neoplasia da próstata, doença arterial grave, prótese valvular aórtica, statuspós bypass duplo e endarterectomia arteria carótica interna direita. Portador de pace maker definitivo, colocado em 2003. Internado em Novembro 2015 no Hospital de Santa Maria, por AVC isquêmico de hemisfério direito, anticoagulado no domicilio com Varfine.

Á avaliação inicial apresentava hemiparésia esquerda de predomínio braqueal, com força grau 3 na escala de Lower, com alteração ao nível da motricidade grossa e fina da mão. Apresentava parésia facial homolateral com desvio da comissura labial para a direita e apagamento do sulco nasogeneano. Dependente nas AVD's, foi instituído programa de reabilitação com apoio de fisioterapia e terapia ocupacional.

Realizado treino de mobilizações e transferências, iniciou treino de marcha controlada com apoio humano bilateral, posteriormente com andarilho e neste momento é capaz de se deslocar com apoio de tripé. Realizados ensinios à família sobre prevenção de quedas, assim como exercícios que podem ir realizando, e prevenção de complicações.

Ensinado treino de automobilizações dos membros superiores e inferiores, posicionamentos no leito e treino de transferências, assim como de exercícios para melhoria da coordenação e praxis fina na mão esquerda.

Relativamente à alimentação, foram realizados ensinios inicialmente no sentido do ensino da disfagia e prevenção da aspiração de líquidos, relativamente à dieta foi sendo progressivamente abordada a ideia de ir passando de uma dieta mais mole para geral conforme as capacidades do mesmo. Realizados ensinios de exercícios de reeducação da musculatura facial que o utente pode realizar frente a um espelho, assim como estimulação sensorial da hemiface comprometida.

Utente no inicialmente dependente relativamente a eliminação intestinal e vesical, tendo sido trabalhado com o mesmo e família, nomeadamente no que concerne à eliminação urinária, para que se instituísse micção horária de modo a não haver episódios de urgência urinária e que o utente, principalmente durante o dia, consiga não ter que usar fralda, sem que tenha perdas urinárias.

Atualmente utente mais autónomo nas AVD's, faz marcha com apoio de tripé, alimenta-se por mão própria, necessitando de apoio de terceiros na preparação do prato. Na higiene tem apoio de terceira pessoa, e ao nível da eliminação ainda sente necessidade da utilização de fralda, por eventuais perdas urinárias.

Tendo cumprido os objectivos inicialmente propostos e com capacidade para continuar e manter programa de reabilitação no exterior, tem alta da ECCI sendo encaminhado para a sala de AVD's da Malveira e fisioterapia em regime particular.

**APÊNDICE VI: Plano de ação de formação “Quadro de apoio à
comunicação”**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Estágio com relatório

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Plano de ação de formação

Quadro de apoio à comunicação

Ana Cristina Gomes Mota

Enfermeira orientadora: Enfermeira Luísa Manso

Docente orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa, Novembro de 2015

Índice	Página
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
2. AÇÃO DE FORMAÇÃO.....	3
2.1. Diagnostico de necessidades de formação.....	2
2.2. Justificação da Intervenção formativa.....	2
2.3. Área temática da formação.....	3
2.4. Condições de realização da formação	3
2.5. População Alvo.....	3
2.6. Número de participantes por ação	4
2.7. Regime de horário de formação	4
3. OBJETIVOS.....	4
3.1.Objectivos gerais da formação	6
3.2.Objectivos específicos da formação	6
4. RECURSOS E MATERIAIS DIDÁTICOS.....	5
5. PLANO DE FORMAÇÃO.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	7

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

A comunicação é um processo interactivo, desenvolvido em contexto social, requer um emissor que codifica ou formula a mensagem e um receptor que a descodifica ou compreende. Implica respeito, partilha e compreensão mútua.

A comunicação não se restringe apenas à linguagem falada, mas também é a expressão facial, a escrita, o desenho/símbolos, o gesto, ou até mesmo, um livro de comunicação...

As alterações da comunicação podem estar ligadas alterações da linguagem e patologia do SNC, mas podem também estar relacionadas com:

- Défices de visão e audição;
- Perturbações de concentração da atenção e memória;
- Processos motores mais lentos;
- Alterações na dentição e controlo da saliva;
- Efeitos secundários da medicação;
- Redes de comunicação diminuídas.

Linguagem está ligada ao sistema nervoso central, predominantemente ao nível do hemisfério esquerdo (sensorial)

Lobo Frontal	Lobo Parietal	Lobo Temporal	Lobo occipital
Comportamento e emoções	Praxias	Área sensorial	Área sensorial visual (área 17)
Cognição, memória e percepção	Receção de impulsos sensitivos – tato, pressão, temperatura e posição no espaço (área 1, 2 e 3)	Música, cálculo	Análise da informação sensorial e visual (área 18 e 19)
Controlo voluntário dos movimentos (área 4 e 6)	Área 39 – centro de leitura	Memória auditiva, gustativa e olfativa	Discriminação de formas, contornos, cores
Área de Broca (44): área motora da fala	-	Área de Wernicke: área de compreensão	-

Alteração/lesão no nível do hemisfério esquerdo (sensitivo)

Afasia –refere-se à perda de memória dos sinais da linguagem. A afasia é a perda parcial ou completa das habilidades de linguagem: codificação, transmissão ou descodificação de mensagens.

Alteração/lesão no nível do hemisfério direito (motor)

Disartria – Perturbação da articulação verbal, que resulta da falta de força, alteração do tónus ou da coordenação dos músculos do aparelho fonador. A disartria não é considerada uma perturbação da função cognitiva.

Dificuldade em produzir determinados sons, não tem dificuldade em evocar nomes, construir frases, compreender a linguagem ou escrever.

O objectivo de reabilitar é melhorar, tanto quanto seja possível, as capacidades comunicativas do paciente e possibilitar a sua adaptação psicológica, emocional, familiar e social

A pessoa com afasia ou disartria necessitam de se confrontar com a necessidade de comunicar no seu meio familiar e social. As relações sociais têm um papel importante na vida das pessoas, pelo que é fundamental manter um bom grau de socialização do paciente.

A impossibilidade de voltar ao trabalho após lesão cerebral constitui uma das outras dificuldades da pessoa com alteração da comunicação, pois conduz à perda ou diminuição da capacidade económica e do papel social, afectando não só o indivíduo mas também a família.

Há sempre estratégias que são importantes de recordar, como:

Para quem não compreende...

- Garantir a ausência de outras distrações;
- Confirmar se a pessoa está com os óculos e/ou aparelho auditivo;
- Ter a certeza de que tem a sua atenção total;
- Utilizar uma voz expressiva e enfatize as palavras de maior importância na frase;
- Simplificar a estrutura das frases que usa e reduza velocidade com que fala;
- “Enfatizar” as palavras-chave da conversa;

- Manter o contato visual enquanto se fala com o indivíduo afásico e observar a sua “linguagem corporal”;
- Dar tempo de resposta;
- Dizer apenas uma coisa importante em cada frase;
- Repetir o que disse o número de vezes necessário;
- Pensar nas ajudas contextuais que podem ajudar;
- Usar gestos de apoio e/ou aponte;
- Usar imagens ou desenhos de suporte para reforçar o que pretende dizer;
- Escrever simultaneamente as palavras mais importantes;
- Confirmar se a pessoa está a seguir a conversa;
- Manter um tópico de conversa de cada vez;
- Apresentar um sinal claro se vai mudar de tópico;
- Reconhecer quando não explicou algo de forma clara ou deu demasiada informação numa só frase.

Estratégias se a pessoa não se expressa...

- Sugerir que comece de novo e use frases curtas;
- Observar a cara e a linguagem corporal do indivíduo;
- Pensar de que modo as pistas contextuais podem ajudar;
- Ter sempre à mão papel e lápis;
- Encorajar o uso da escrita e do desenho e use-os também;
- Assegurar-se que este tem um meio eficaz de responder às suas perguntas de resposta sim/não;
- Identificar o tema da mensagem usando perguntas de resposta fechada;
- Informar o paciente de que não entendemos a mensagem;
- Propor possíveis respostas por escrito;
- Começar com questões gerais e depois avance com questões mais específicas;
- Ir confirmando aquilo que compreendeu até à altura;
- Dar tempo à pessoa – não pressionar, mostre-lhe que tem tempo para continuar a tentar entendê-lo;

- Se não tem tempo, explique-o claramente justificando o porquê de não poder continuar a conversa naquele momento;
- Repetir em voz alta a mensagem compreendida
- Encorajar a usar todos os meios de comunicação possíveis.

Os sistemas de comunicação aumentativa e alternativa são um conjunto integrado de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de expressão usa para comunicar;

Onde conte gestos e expressões faciais, ajudas para conversação e escrita, assim como estratégias específicas que permitam utilizar estes sistemas com sucesso, numa variedade de contextos comunicativos e deve estar adaptado às necessidades específicas do seu utilizador.

A comunicação aumentativa e alternativa tem como objectivo incrementar e/ou substituir a fala, permite eliminar barreiras à comunicação de forma a que as pessoas portadoras de deficiência ou de alguma incapacidade, possam ocupar o lugar que lhes é devido a nível familiar, social, laboral e recreativo.

É um poderoso recurso de combate às incapacidades e dificuldades de expressão.

Comunicação aumentativa significa comunicação complementar ou de apoio, para promover e apoiar a fala, tornando-a mais inteligível. Expressões faciais, a escrita ou utilizar outras técnicas mais elaboradas que se ajustem às suas necessidades comunicativas.

Comunicação alternativa, pretende incrementar uma forma de comunicação substituta da fala que seja usada pelo indivíduo em contexto de comunicação frente a frente. Poderá ser transitório e desaparecerá com o desenvolvimento da fala, noutros casos, porém o sistema alternativo poderá manter-se para toda a vida.

Existem diversos recursos que podem ser utilizados, como:

- objetos reais, miniatura, objetos parciais, fotografias, símbolos representativos, sistemas gráficos;
- quadros e tabelas de comunicação;
- digitalizadores de voz.

“para a maioria das pessoas a tecnologia torna a vida mais fácil, para a pessoa deficiente a tecnologia torna a vida possível” (Sanches, 1991)

2. AÇÃO DE FORMAÇÃO

2.1.Diagnóstico das necessidades de Formação

A comunicação é um processo dinâmico e que acontece em todos os momentos. É essencial à vida de relação. Assim com apoio da enfermeira orientadora criei um quadro de apoio à comunicação que pretende ser uma ferramenta de apoio para os enfermeiros comunicarem com o doente e também ser um instrumento que possibilite aos doentes explicar o que pretendem dos profissionais, familiares ou amigos. Dividido pelas AVD's, foi também incorporado avaliação da dor por imagens e um alfabeto e numeração para o doentes que conseguem soletrar.

2.2.Justificação da intervenção formativa: Porquê Formar?

É pertinente desenvolver ações de formação neste sentido, para que sejam promovidas as competências dos profissionais que constantemente precisam comunicar com os doentes e vice-versa.

2.3.Área temática da formação: Nome da formação, área

Nome da formação: Quadro de apoio à comunicação

Área: Enfermagem

Duração: 60 minutos.

2.4.Condições de realização da formação

A formação realizar-se-á na sala de enfermagem do serviço de MFR.

2.5.População-alvo

A formação destina-se aos enfermeiros do serviço de MFR.

2.6.Número de participantes

A ação de formação funcionará com um número mínimo de 4 formandos.

2.7.Regime de horário da formação

A ação de formação decorrerá nos dias 19 e 23 de novembro de 2015 das 15h às 16h.

3.OBJETIVOS

3.1.Objetivos Gerais:

- Melhorar, tanto quanto possível as capacidades comunicativas do doente.
- Possibilitar a adaptação psicológica, emocional, familiar e social do doente.

3.2.Objetivos específicos:

- Definir comunicação.
- Definir alterações da comunicação.
- Definir comunicação aumentativa e alternativa.
- Expor e explicar o quadro de apoio à comunicação.

4. RECURSOS E MATERIAIS DIDÁCTICOS

- Mesa
- Cadeiras
- Quadro de apoio à comunicação em formato papel.

4. PLANO DE SESSÃO

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Tempo (min)
Introdução	- Acolhimento - Apresentação dos objetivos gerais e específicos da sessão	Método Expositivo		5 min
Desenvolvimento	- Esclarecimento de Conceitos, nomeadamente comunicação, comunicação	Método Expositivo	- Quadro de apoio à comunicação	30 min

	<p>aumentativa e alternativa</p> <p>-apresentação e explicação de quadro de apoio à comunicação construído.</p>			
Discussão	<p>- apresentação de situações práticas de utilização de quadro de apoio à comunicação.</p> <p>Esclarecimento de duvidas sobre utilização do quadro</p>	Método Ativo	- Quadro de apoio à comunicação	15min
Avaliação da formação	<p>Discussão oral e espaço de abertura a sugestões</p>			10 min.

RERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

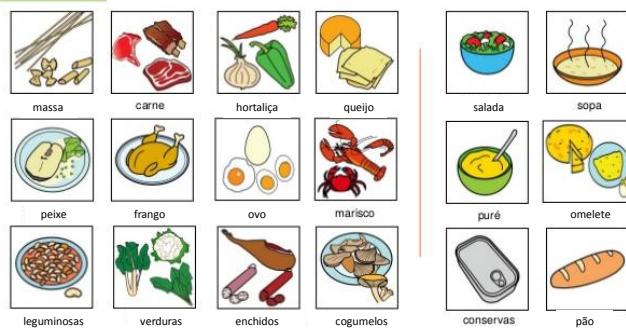
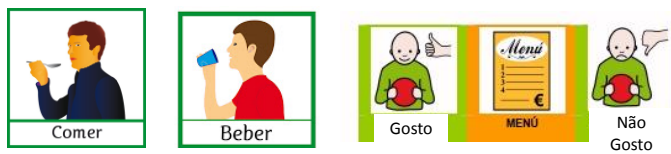
- ACESSO (<http://www.acessibilidade.gov.pt/>) / Tecnologias de apoio para pessoas com deficiência / Índice (/livros/tapd/html/indice.html) / 8.
Tecnologias de apoio à Comunicação
- <https://comunicacaoaa.wordpress.com/pecs-sistema-de-comunicacao-por-troca-de-imagens/>
- <http://www.apela.pt/page/207/comunicar-com-ela>
- <http://www.apela.pt/page/209/comunicar-com-ela-cuidador>

APÊNDICE VII: Apresentação da ação de formação “Quadro de apoio à comunicação”

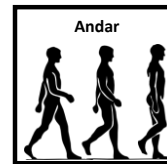
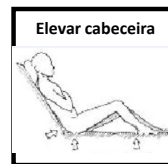
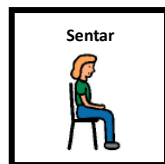
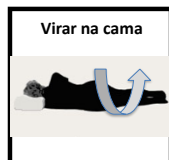
EU QUERO















HIGIENE





ALIMENTAÇÃO



MOVIMENTAÇÃO

<p>Ver televisão</p> 	<p>Ir ao computador</p> 	<p>Ir ao Centro Comercial</p> 	<p>Falar com o médico</p> 
<p>Ouvir música</p> 	<p>Passear no jardim</p> 	<p>Ir para casa</p> 	<p>Ler</p> 
<p>Dormir</p> 	<p>Ir à missa/Falar com o Padre</p> 	 <p>SIM</p>	 <p>NÃO</p>

 <p>SIM</p>	 <p>NÃO</p>
--	---

AÇÕES

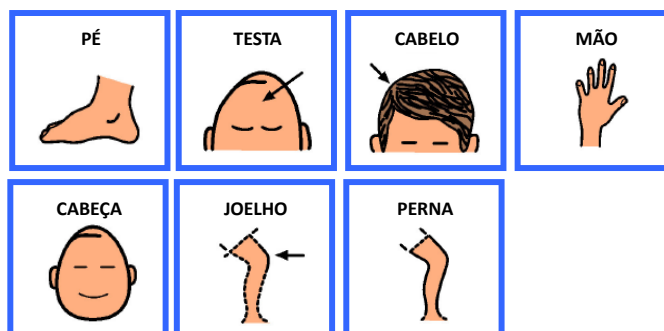
EU SINTO

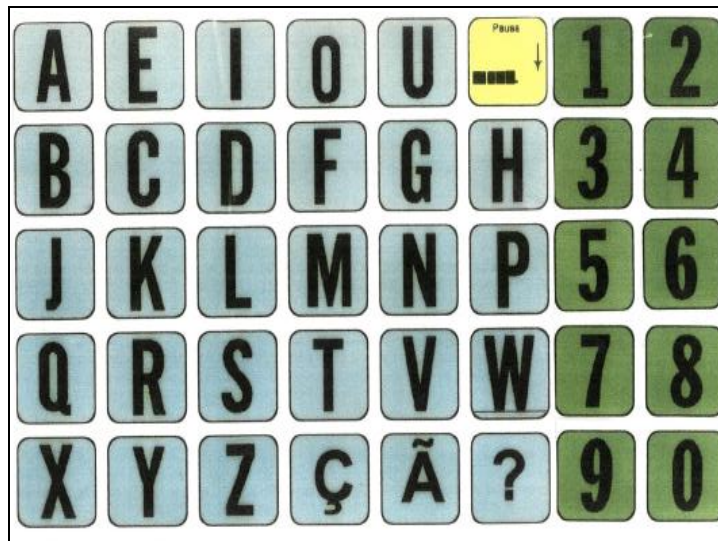
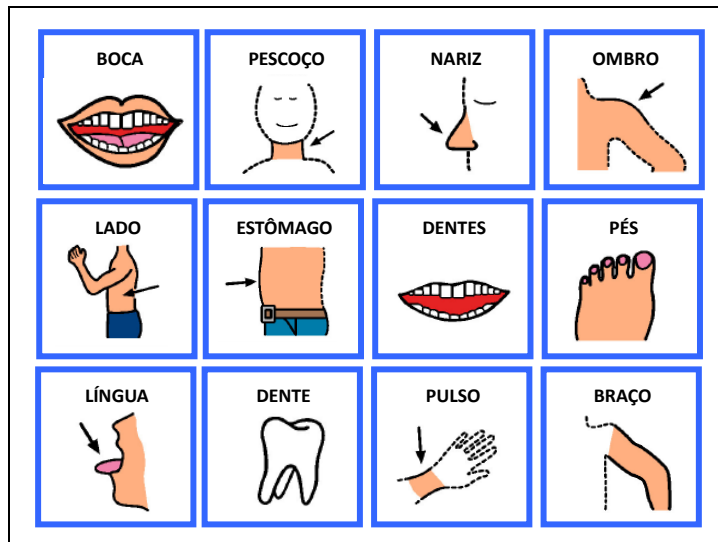
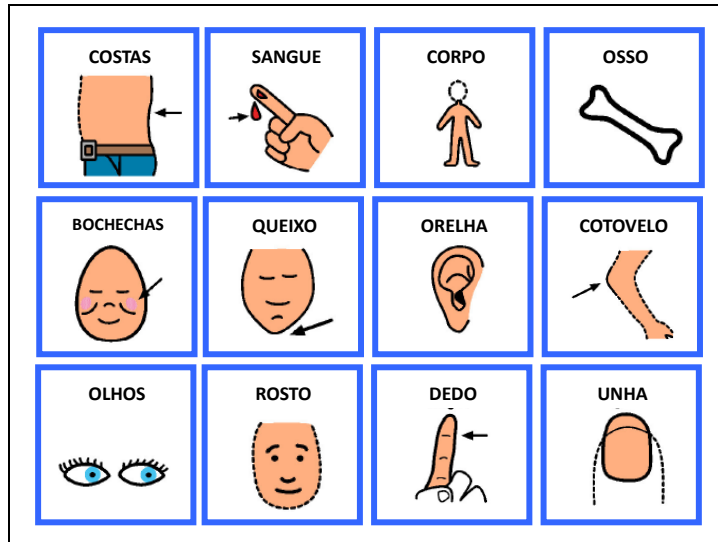


Tem dores?

Onde?

PARTES DO CORPO





**APÊNDICE VIII: Plano de ação de formação “(Con)viver com a
Demência – Que desafios?”**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Estágio com relatório

ECCI Mafra

Plano de ação de formação

(Con) Viver com a demência. Que desafios?

Ana Cristina Gomes Mota

Enfermeira orientadora: Enfermeira Maria da Luz Rodrigues

Docente orientadora: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa, Janeiro de 2016

Índice	Página
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
2. AÇÃO DE FORMAÇÃO.....	3
2.1. Diagnostico de necessidades de formação.....	2
2.2. Justificação da Intervenção formativa.....	2
2.3. Área temática da formação.....	3
2.4. Condições de realização da formação	3
2.5. População Alvo.....	3
2.6. Número de participantes por ação	4
2.7. Regime de horário de formação	4
3. OBJETIVOS.....	4
3.1.Objectivos gerais da formação	6
3.2.Objectivos específicos da formação	6
4. RECURSOS E MATERIAIS DIDÁTICOS.....	5
5. PLANO DE FORMAÇÃO.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	7
 Apêndice I	 8

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

A demência pode ser definida como uma perturbação que gradualmente retira a capacidade de recordar, de pensar, de compreender de comunicar e de controlar os comportamentos, é uma doença com um curso evolutivo, progressivo e irreversível.

A demência pode apresentar-se em qualquer idade , mas torna-se mais frequente com o aumento da idade, havendo uma prevalência de diagnostico de doença em 5 a 15% das pessoas com mais de 65 anos e aumenta para 35% nas pessoas com mais de 85 anos. (Merck Sharp & Dohme, 2004)

Um estudo exploratório realizado em 2005 dá conta de que só nos EUA, os doentes de Alzheimer são cerca de quatro milhões, e em Portugal estima-se em 60 mil o número dos doentes de Alzheimer. Esta doença é a mais frequente entre os diversos tipos de demência, destacando-se como a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, e mais se sabe que, em Portugal, de 1999 para 2000, se registou um acréscimo superior a 24%, a nível nacional, dos óbitos pela doença de Alzheimer. (Instituto da Segurança Social, I.P., 2005).

O total de novos casos de demência em cada ano no mundo é de quase 7,7 milhões, o que implica o aparecimento de um novo caso a cada quatro segundos (WHO, 2012). Estima-se que em Portugal existam cerca de 153.000 pessoas com demência, das quais 90.000 com doença de Alzheimer (DA). (Pinho, 2012)

A OMS – ONU, 2001, no seu relatório sobre Saúde Mental no mundo, refere que a doença de Alzheimer já representa um encargo tremendo na sociedade, com custos diretos e indiretos. (Instituto da Segurança Social, I.P., 2005).

Assim, surge a necessidade de melhor capacitar os cuidadores para manter o nível de independência da pessoa com demência, pelo que é essencial começar por definir o conceito de demência, assim como clarificar os diversos tipos e sintomatologia, abordando mais profundamente os tipos mais comuns e suas manifestações, para que depois possamos explorar a abordagem e os cuidados a ter mediante as diversas necessidades da pessoa com demência.

A atenção que pretendemos dar aos cuidadores familiares justifica-se, pois as famílias de doentes com demências são indiretamente sofredoras de demência também. De uma forma oculta, os familiares e cuidadores são afectados pelo

impacto social (psicológico, emocional, físico, económico, etc) que esta doença acarreta. Percebendo como a doença progride, e sabendo o que esperar podem também melhor se preparar e cuidar.

2. AÇÃO DE FORMAÇÃO

2.1. Diagnóstico das necessidades de Formação

Uma vez que no serviço são prestados cuidados a pessoas com demência e em parceria com as IPSS's, torna-se pertinente formar os cuidadores, parceiros essenciais neste processo. Assim, junto da enfermeira orientadora verificou-se que apesar de os cuidadores terem conhecimentos e importante que percebam como a doença progride de forma a que esclarecer as suas dúvidas que se adivinharão no caminho, estando melhor preparados podem cuidar melhor e objectivamente perceber o porquê do que fazem, conseguindo também prevenir o seu próprio desgaste e exaustão.

2.2. Justificação da intervenção formativa: Porquê Formar?

É pertinente desenvolver ações de formação neste sentido, para que sejam promovidas as competências dos cuidadores e adequada a prestação de cuidados a pessoas com demência.

2.3. Área temática da formação: Nome da formação, área

Nome da formação: (Con)viver com a demência. Que desafios?

Área: Enfermagem

Duração: 60 minutos.

2.4. Condições de realização da formação

A formação realizar-se-á no auditório da Casa de Cultura D. Pedro V em Maфра.

2.5. População-alvo

A formação destina-se aos cuidadores que trabalham em parceria com a ECCI, nomeadamente os ajudantes familiares das Santa casa da Misericórdia de

Mafra, Ericeira, Igreja Nova, Encarnação e Santo Isidoro, assim como cuidadores informais, familiares de pessoas com demência.

2.6.Número de participantes

A ação de formação funcionará com um número mínimo de 4 formandos e um número máximo de 60 (limite de cadeiras do auditório).

2.7.Regime de horário da formação

A ação de formação decorrerá a partir das 14h30 no dia 5 de fevereiro de 2016.

3.OBJETIVOS

3.1.Objetivos Gerais:

- Informar os cuidadores sobre Demências
- Fornecer estratégias facilitadoras aos cuidadores que garantam a continuidade de cuidados

3.2.Objetivos específicos:

- Formar cuidadores de forma a garantir a continuidades de cuidados;
- Contribuir para que os cuidadores obtenham o máximo de eficácia no desempenho das suas funções, minimizando o desgaste físico e psicológico

4. RECURSOS E MATERIAIS DIDÁCTICOS

- Computador
- Projetor multimédia
- Mesa
- Cadeiras
- Tela

No início da sessão serão fornecidas a cada formando uma pasta, contendo algumas folhas para anotações e o plano de sessão.

No final da sessão terá lugar um momento de avaliação da formação com a distribuição de um questionário de satisfação, seguido de um pequeno *coffe break*,

como espaço informal e descontraído que poderá dar lugar à partilha de experiências ou esclarecimento de dúvidas.

4. PLANO DE SESSÃO

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Tempo (min)
Introdução	- Acolhimento - Apresentação dos objetivos gerais e específicos da sessão	Método Expositivo	- Pasta de apoio e slides da sessão; - Computador e projetor multimédia.	5m
Desenvolvimento	- Esclarecimento de Conceitos	Método Expositivo	- Slides da sessão - Computador e projetor multimédia.	30m
Discussão	- apresentação de situações práticas por parte do formador e formandos e discussão das mesmas	Método Ativo		20m
Conclusão e avaliação da formação	Questionário escrito		Questionários	5 min.

RERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <http://alzheimerportugal.org/pt/>
- <http://cuidadores-alzheimer.web.ua.pt/instituicoes.html>
- http://www.plataforma.org.pt/web/guest/a-plataforma/-/asset_publisher/C3rn/content/associacao-portuguesa-de-familiares-e-amigos-de-doentes-de-alzheimer?redirect=http%3A%2F%2Fwww.plataforma.org.pt%2Fweb%2Fguest%2Fa-plataforma%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_C3rn%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1
- http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/situacao_social_doentes_alzheimer
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2005, Junho). *Situação Social dos Doentes de ALZHEIMER: um estudo exploratório*. Retrieved Janeiro 2016, from http://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/situacao_social_doentes_alzheimer/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f
- Merck Sharp & Dohme. (2004). *Manual Merck Geriatria*. MMVI Editorial Oceano.
- Pinho, A. M. (2012). *Efeitos de um programa de reabilitação cognitiva em pessoas com Demência em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Coimbra.

Apêndice I – Questionário de avaliação da formação

Questionário de Avaliação da Formação

Avaliação global		1	2	3	4	5	
A sessão agradou-lhe?	Pouco						Muito
O desenvolvimento da sessão pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimentos?	Inadequado						Muito Adequado
Os objetivos propostos foram cumpridos?	Minimamente						Totalmente
A sessão correspondeu às suas expectativas iniciais?	Minimamente						Totalmente
Conteúdos programáticos		1	2	3	4	5	
Os temas abordados foram	Pouco interessantes						Muito interessantes
Os temas abordados tiveram	Pouca utilidade						Muita utilidade
O tempo dedicado à exposição teórica foi	Insuficiente						Mais que necessária
O tempo dedicado à aplicação prática foi	Insuficiente						Mais que necessária
A aquisição de novos conhecimentos foi	Insuficiente						Excelente
Desempenho do formador		1	2	3	4	5	
Foi claro na apresentação?	Pouco claro						Totalmente claro
Domina as matérias que ministrou?	Fraco domínio						Bom domínio

Comentários/sugestões:

APÊNDICE IX: Apresentação da ação de formação “(Con)viver com a Demência – Que desafios?”

(Con) VIVER COM A DEMÊNCIA

QUE DESAFIOS?



6ª CMER: Enf.ª Ana Cristina Mota

Enfermeira Orientadora: Enf.ª Maria da Luz Rodrigues

Professora Orientadora: Prof.ª Vanda Marques Pinto



Objetivos da sessão

Objetivo geral:

- Informar os cuidadores sobre Demências;
- Fornecer estratégias facilitadoras que garantam a continuidade de cuidados.

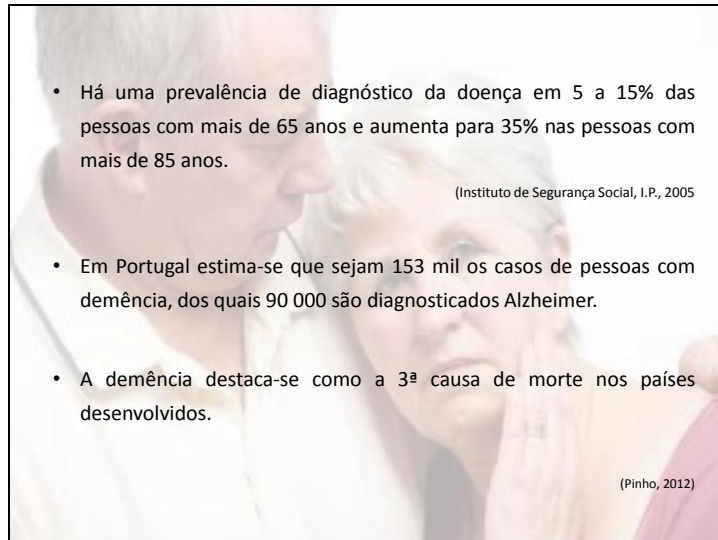
Objetivos específicos:

- Formar cuidadores de forma a garantir a continuidade de cuidados;
- Contribuir para que os cuidadores obtenham o máximo de eficácia no desempenho das suas funções, minimizando o desgaste físico e psicológico.

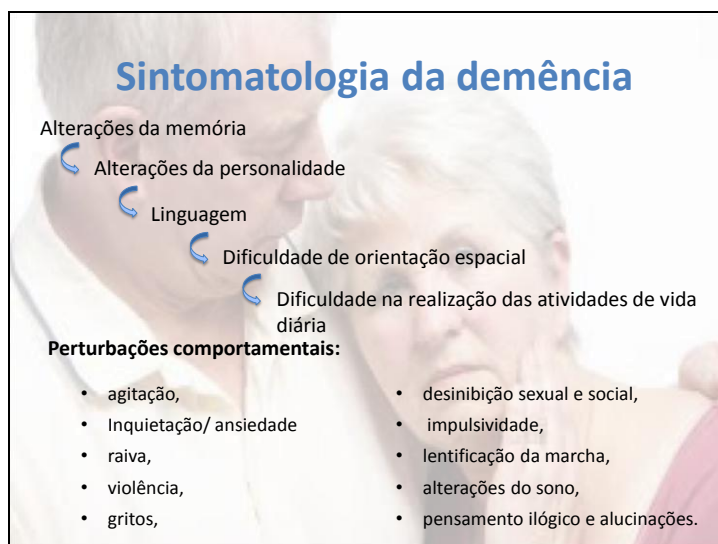
O que é a demência?

- A demência pode ser definida como uma perturbação que gradualmente retira a capacidade de recordar, de pensar, de compreender, de comunicar e de controlar os comportamentos.
- É uma doença com um curso evolutivo, progressivo e irreversível.
- Pode apresentar-se em qualquer idade, mas torna-se mais frequente com o aumento da idade.

(Merck Sharp & Dohme, 2004)



- Há uma prevalência de diagnóstico da doença em 5 a 15% das pessoas com mais de 65 anos e aumenta para 35% nas pessoas com mais de 85 anos.
(Instituto de Segurança Social, I.P., 2005)
- Em Portugal estima-se que sejam 153 mil os casos de pessoas com demência, dos quais 90 000 são diagnosticados Alzheimer.
- A demência destaca-se como a 3ª causa de morte nos países desenvolvidos.
(Pinho, 2012)



Sintomatologia da demência

Alterações da memória

- Alterações da personalidade
- Linguagem
- Dificuldade de orientação espacial
- Dificuldade na realização das atividades de vida diária

Perturbações comportamentais:

- agitação,
- Inquietação/ ansiedade
- raiva,
- violência,
- gritos,
- desinibição sexual e social,
- impulsividade,
- lentificação da marcha,
- alterações do sono,
- pensamento ilógico e alucinações.



Fatores de risco

- Idade avançada;
- História de demência na família;
- Tabagismo;
- Álcool;
- Depressão.
- Diabetes
- DPOC
- Insuficiência cardíaca
- Depressão



Alzheimer

- É a forma mais comum de Demência
- Uma pessoa com Doença de Alzheimer pode viver entre três a vinte anos, sendo que a média estabelecida é de sete a dez anos.

Doença de Alzheimer

- A doença de Alzheimer é um distúrbio neurodegenerativo, progressivo e geralmente de longa evolução, considerado a principal causa de demência na população. Afeta a memória, a capacidade de aprendizagem, a linguagem, a atenção, a capacidade visual e a noção espacial.
- Nos estádios iniciais, há preservação da memória remota, mas conforme a doença evolui, a incapacidade de se lembrarem torna-se generalizada.
- Na linguagem, ocorre perda da fluência verbal, sem conteúdos e diminuição da compreensão, assim como erros de leitura e escrita. Além disso, o utente perde progressivamente habilidades visuoespaciais, como a capacidade de copiar desenhos.

Sintomas mediante região afetada

Região afetada	Função	Sintoma
Sistema límbico - hipocampo	Memória, aprendizagem e emoções	Perda de memória, depressões.
Córtex associativo temporo-parietal e occipital	Comprometimento visual, afasia, apraxia e agnosia	Dificuldade em reconhecer rostos, lugares e objetos familiares. Perda da capacidade de comunicar, compreender a linguagem, escrever e compreender a leitura. Podem ocorrer delírios e alucinações.
Córtex pré-frontal	Insight, planeamento, julgamento, personalidade, comportamento, adequação do comportamento social.	Apatia, insight prejudicado, pensamento concreto, preservação e ineficiente solução de problemas.

A background image showing an elderly man and woman. The man is on the left, looking towards the woman on the right. The woman has her hand near her face, looking slightly away with a thoughtful or concerned expression. The image is faded to serve as a background for the text.

Manifestações da Doença de Alzheimer

Fase leve

- Esquecimento
- Dificuldade em aprender coisas novas
- Dificuldade em dar seguimento a uma conversa
- Dificuldade de concentração ou atenção
- Alterações de orientação quanto a locais e datas
- Depressão
- Abandono de atividades usuais
- Alteração de coordenação motora

Fase moderada

- Agravamento do esquecimento;
- Incapacidade de reconhecer parentes e amigos;
- Mudança de personalidade;
- Confusão;
- Raiva, agressividade;
- Ansiedade, tristeza e depressão;
- Atos repetitivos;
- Desorientação no tempo e espaço;
- Necessidade de assistência para a realização das atividades diárias (tomar banho, usar banheiro, vestir roupa, etc...);
- Alteração de fala; e alteração do apetite

Fase grave

- Memória totalmente comprometida;
- Comunicação inadequada;
- Incapacidade de processar informação ;
- Apatia e isolamento;
- Perda de controle urinário e intestinal;
- Sonos profundos e de longa duração;
- Comunicação não verbal (choro, grunhidos);
- Incapacidade para a realização das atividades diárias (tomar banho, usar banheiro, vestir roupa, alimentar-se, etc...);
- Perda da capacidade de falar; e emagrecimento relevante.



Demência Vascular

- Segunda causa mais comum de Demência;
- Início mais precoce que a doença de Alzheimer;
- Mais frequente em homens que mulheres;
- Agravamento faz-se por etapas, pois está intimamente ligada a alterações na irrigação de zonas do cérebro que é interrompida (enfarte cerebral)
- Diferenciação entre DV e DA é clinicamente difícil, por vezes aparecem em associação (demência mista)
- Hipertensão Arterial mal controlada pode ser uma das causas
- Existem alterações que são similares ao do Alzheimer



Demência por Corpos de Lewy

- Surge pela degeneração e morte de células cerebrais, causada pela presença de estruturas esféricas denominadas corpos de Lewy que se desenvolvem no interior das células nervosas e as destroem.
- Por vezes difícil de diagnosticar pela sua semelhança com Demência vascular e Doença de Alzheimer.
- Os corpos de Lewy só pode ser diagnosticada pela análise do tecido cerebral, após a morte.



Demência por Corpos de Lewy

Sintomas mais frequentes:

- Dificuldade na concentração,
- Confusão extrema;
- Dificuldade em avaliar as distâncias;
- Alucinações visuais;
- Parkinsonismo (tremores e rigidez, similar à doença de Parkinson);
- Flutuação de estado mental;
- Pode ocorrer - delirium e depressão

Demência por Corpos de Lewy

Quem desenvolve a doença

- Pode ser desenvolvida por homens e mulheres mas é mais comum nos homens.

Como progride?

- É habitualmente mais rápida que a Doença de Alzheimer, mas tal como esta é uma condição degenerativa que leva rapidamente à morte.
- 7 anos é o tempo médio de sobrevida.

O doente, a família e seu meio social

•A demência não tem cura. A detecção precoce e a introdução rápida de tratamento efetivo, não impedem a doença, mas retardam sua progressão, dando uma qualidade de vida mais digna à pessoa, minimizando todos os impactos que a doença causa à família e aos cuidadores mais próximos.

•Cabe aos cuidadores serem o suporte na realização das AVD's, bem como serem os impulsionadores de estímulos constantes, tanto motores como cognitivos, de forma a retardar ao máximo a progressão da doença.

•Aos cuidadores cabe ter paciência extrema ao lidar com este tipo de doença, pois estas pessoas são extremamente sensíveis as alterações ambientais, tais como som, iluminação, mudanças ambientais do meio físico em que o utente está integrado.



O QUE É UM CUIDADOR?

- Pessoa que cuida, a partir de objetivos estabelecidos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene, educação, cultura, recreação de uma pessoa que no momento não o consegue realizar sozinha.
- Proporcionar um envelhecimento mais saudável e com menor comprometimento funcional.

O DESAFIO

- Requer tempo e energia,
- Muitas vezes recai sobre o familiar mais próximo.
- É uma responsabilidade, e pode conferir um enorme desgaste emocional e físico, especialmente quando adicionado à angústia de ver alguém muito querido a perder as suas capacidades.
- Pode ser uma experiência muito recompensadora, mas por outro lado, pode ser muito stressante e exigente.
- Os cuidadores têm um risco acrescido para desenvolver doenças mentais, principalmente se não receberem apoio adequado por parte da família, amigos e até da própria comunidade.

Conhecer e reconhecer os sinais de stress

- Negação
- Raiva
- Isolamento
- Ansiedade
- Depressão
- Exaustão
- Insónia
- Reações emocionais, oscilações de humor
- Falta de concentração
- Perda de peso sem razões





O Papel do cuidador

- Promover o bem estar, melhor qualidade e expectativas de vida;
- Conferir segurança;
- Estimular e incentivar a pessoa com demência à sua autonomia e independência;
- Prevenir os riscos e agravamento dos sintomas;
- Desenvolver um ambiente capacitador, que suporte as rotinas de cuidados primários e minimize as perturbações do comportamento.

COMO AGIR?



- Alimentação;
- Alterações de Humor e personalidade;
- Orientação;
- Perturbações do sono;
- Alucinações e delírios;
- Incontinência;
- Sexualidade;
- Agravamento do sintomas;
- Comunicação;
- Adaptação no domicílio.

ALIMENTAÇÃO



- Promover estilos de vida saudáveis e equilibrados, optando por uma dieta multinutricional, dentro dos gostos da pessoa;
- Vigiar o estado da boca, Higiene oral;
- Vigiar quantidade de comida facultada e ou fornecida, a incapacidade de gestão, levam a comer demasiado.

ALTERAÇÕES DE HUMOR E PERSONALIDADE



- Pela incapacidade de pensamento lógico, podem tornar-se confusos, desconfiados, deprimidos, medo, impulsivos e ansiosos;
- A sua comunicação pode tornar-se agressiva ou ofensiva;
- Contrariedades podem ganhar dimensão excessiva levando a episódios de fúria;
- Deixe ultrapassar esta fúria, acalmar-se e mude o tema da conversa ou elucide que é consequência da doença;

ORIENTAÇÃO



- Auxiliar na orientação do ambiente envolvido;
- Identifique objetos, cores, sinais de referência;
- Procure aplicar uma pulseira identificativa ou uma carteira onde conste os seus dados pessoais.

PERTURBAÇÕES DO SONO



- Durante o dia procure estimular a pessoa com doença, aumentando as atividades recreativas/lazer;
- Incentivar a eliminação antes do deitar;
- Procurar um ambiente calmo e confortável;
- Quando acordar, olhar nos olhos e falar com tom de voz calmo e suave, e elucidar sobre as horas do dia;
- Promova conforto, optando por gestos de carinho como um toque ou um carinho, ajudando-a a tranquilizar.

ALUCINAÇÕES E DELÍRIOS



- Não alimentar pensamentos ou percepções ilógicas e não reais;
- Utilizar estratégias de distração e não terapêuticas, diminuindo a ansiedade;
- Mantendo a continuação de alteração do pensamento, percepção, procure médico.

INCONTINÊNCIA



- Promover a eliminação em cada 2/2 horas;
- Se incontinente, optar por colocar fralda, tendo sempre atenção às infecções urinárias e consequências do uso da fralda.

SEXUALIDADE

- Pela doença, podem apresentar comportamentos sociais inconvenientes. Não lhes dê importância;
- Respeite a sua intimidade e proteja-o, levando-o para um local recatado;
- Promova uma boa aparência física e adequada.



AGRAVAMENTO DOS SINTOMAS

- A noite é mais propícia a atingir maiores níveis de exaustão, até de maior confusão e descontrolo;
- Procure tranquilizá-lo



COMUNICAÇÃO

- Procure integrá-lo no seio familiar e nas conversas de família;
- Procure comunicar com o doente de uma forma clara, lenta e sucinta. Se tiver duas mensagens, transmita uma primeiro, deixe-o associar a mensagem e só depois transmite a outra;
- Repita a mensagem as vezes que forem necessárias;
- Caso tenha diminuição da acuidade visual e/ou auditiva, adquira uns óculos ou aparelho auditivo.



ADAPTAÇÃO DOMICÍLIO



- Procure eliminar mobiliário e objetos que propiciem riscos (decoração, tapetes, ferro, produtos limpeza, medicamentos, ferramentas...);
- Opte por uma casa bem iluminada, principalmente em zonas com pouca luz natural;
- Especial atenção (wc, cozinha);
- No wc utilize pegas, barras de apoio e tapetes antiderrapantes;
- Prefira poliban a banheira.

Concluindo...



- O conjunto de todas estas intervenções visam maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença.
- As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades funcionais da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade.

Referências bibliográficas

- <http://alzheimerportugal.org/pt/>
- <http://cuidadores-alzheimer.web.ua.pt/instituicoes.html>
- http://www.plataforma.org.pt/web/guest/a-plataforma/-/asset_publisher/C3m/content/associacao-portuguesa-de-familiares-e-amigos-de-doentes-de-alzheimer?redirect=http%3A%2F%2Fwww.plataforma.org.pt%2Fweb%2Fguest%2Fplataforma%3Fp_id%3D101_INSTANCE_C3m%26p_lifecycle%3D0%26p_sate%3Dnormal%26p_mode%3Dview%26p_col_id%3Dcolumn-2%26p_col_count%3D1
- http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/situacao_social_doentes_alzheimer
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2005, Junho). *Situação Social dos Doentes de ALZHEIMER: um estudo exploratório*. Retrieved Janeiro 2016, from http://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/situacao_social_doentes_alzheimer/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f
- Merck Sharp & Dohme. (2004). *Manual Merck Geriatria*. MMVI Editorial Oceano.
- Pinho, A. M. (2012). *Efeitos de um programa de reabilitação cognitiva em pessoas com Demência em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem

