

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

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na Promoção da**  
**Atividade Física na Pessoa com Lesão Vertebral**  
**Medular**

**Inês Rocha Pauleta**

**Lisboa**  
**2018**



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

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na Promoção da**  
**Atividade Física na Pessoa com Lesão Vertebral**  
**Medular**

**Inês Rocha Pauleta**

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mendes Marques

**Lisboa**  
**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública







*“O mais importante da vida não é a situação em que estamos,  
mas a direção para a qual nos movemos.  
Devemos navegar algumas vezes com o vento e outras contra ele,  
mas devemos navegar, e não ficar à deriva, nem ancorados.”*

Oliver Wendell Holmes



## **Agradecimentos**

Queria deixar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta e indiretamente para o termo deste trabalho em especial:

À Professora Maria Fátima Mendes Marques pelo carinho, paciência, encorajamento e dedicação sempre demonstrada.

Aos Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio pela partilha de experiências e saberes, pela disponibilidade e oportunidade de facilitar a minha aprendizagem.

Aos meus colegas de serviço e do 8º CMEER, em especial à Cristina e à Raquel, pela amizade, apoio, colaboração, incentivo e por todos os momentos passados em conjunto durante esta caminhada.

À minha família e amigos por todo o vosso suporte, apoio, carinho constante e pela grande compreensão pela minha ausência e falta de dedicação.

Ao Rui, amigo e companheiro, pela falta de tempo passado ao seu lado, pela sua grande compreensão e tolerância, pela preocupação sobre o meu bem-estar e pelo afeto que demonstrou ao longo desta etapa.

É um agradecimento muito especial aos meus pais e irmãos por serem os grandes responsáveis pela minha inscrição neste curso e por sempre acreditarem em mim e nas minhas capacidades e me darem alento para manter as forças e motivação, assim como todo o carinho que me dispensaram no decorrer deste percurso.

A todos, expresso o meu sincero agradecimento,  
Muito OBRIGADA!



## RESUMO

A lesão vertebro medular (LVM) causa interrupção parcial ou total das funções reflexas e voluntárias abaixo e ao nível da lesão, devido à interrupção na comunicação dos impulsos nervosos com o tronco cerebral, cerebelo e cérebro. Desta forma origina uma disfunção motora, sensitiva e autonómica, o que leva a alterações da funcionalidade, tendo repercussões na vida pessoa, familiar e social.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético, tendo em conta toda a atividade realizada pela pessoa no seu dia a dia (atividades de vida diária, desportivas ou de lazer).

Neste trabalho foram descritas e analisadas as atividades realizadas ao longo do estágio com o objetivo de adquirir e desenvolver as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), com o intuito de conhecer a intervenção do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM.

As experiências de estágio confirmam a importância da promoção da atividade física em promover o autocuidado, a autoestima e socialização. A teoria de enfermagem escolhida foi a Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem, visto ser a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, sobretudo, em pessoas que se encontram condicionadas pelo seu estado de saúde.

Para finalizar este trabalho foram descritas as dificuldades sentidas, as estratégias utilizadas durante o estágio e são realizadas algumas sugestões futuras. Ao longo de todo o percurso foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica no sentido de aprofundar os conhecimentos e fundamentar todos os cuidados prestados.

**Palavras Chave:** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeiro de Reabilitação; Atividade Física; Lesão Vertebro Medular



## **ABSTRACT**

The spinal cord injury causes the partial or total interruption of the reflex and voluntary functions below and at the level of the injury, due to the disruption in the communication of the nerve impulse with the brainstem, cerebellum and brain. For this reason, it originates a motor, sensitive and autonomic disfunction, which lead to alterations in the functionality, leading to repercussions in the personal, familiar and social life.

The physical activity is defined as any body movement produced by the skeletal muscles, that leads to the spending of energy, considering all the activity performed day by day by a person (daily life, sports, leisure).

In this work, the activities performed during the internship are described and analyzed with the aim of acquiring and developing the competences in rehabilitation nursing, to understand the intervention of a rehabilitation nurse in the promotion of the physical activity of a person with spinal cord injury.

The internship experiments confirm the importance of promoting physical activity to promote the self-care, self-esteem and socialization. The nursing theory chosen was the Dorothea Orem Theory of self-care deficit, as this theory is the ones that better supports the promotion of self-care, especially in persons that are conditioned by their health condition.

At the end of this work, it is described the strategies and difficulties experienced during the internship, and some suggestions are made for the future. During the internship, an extensive bibliographic research was made to deepen the knowledge and fundament all the care provided.

**Keywords:** Rehabilitation Nurse; Physical Activity; Spinal Cord Injury



## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ASIA – American Spinal Injury Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CCP – Cuidados Centrados à Pessoa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVA – Escala Visual Analógica

H – Horas

LVM – Lesão Vertebro Medular

MIF – Medida de Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

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

Sr. – Senhor

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	17
1.1.Descrição e análise das atividades desenvolvidas segundo os objetivos definidos ....	19
1.2...Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem para o desenvolvimento de competências do EEER.....	32
2. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM .....	51
3. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

### APÊNDICES

Apêndice I: Projeto de Estágio

Apêndice II: Reflexões/Jornais de Aprendizagem

Apêndice III: Recensão Crítica

Apêndice IV: Plano de Cuidados (I e II)

Apêndice V: Atividades Desenvolvidas na UCC

Apêndice VI: Atividades Desenvolvidas no Hospital

Apêndice VII: Relatório do Estágio de Observação

### ANEXOS

Anexo I: Certificado de Presença no 6º Simpósio de Enfermagem em Neurologia

Anexo II: Avaliação das Enfermeiras Orientadoras

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que tem como objetivo a descrição, análise crítica e reflexão de todo o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos para a aquisição de competências científicas, técnicas e relacionais do Enfermeiro Especialista e as do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e de competências de mestre de acordo com os descritivos de Dublin para o 2º ciclo (Direção Geral do Ensino Superior, 2009) com principal foco na compreensão e intervenção do EEER na promoção da atividade física na pessoa com lesão medular (LVM).

O processo de aprendizagem decorreu num período de 18 semanas, em três locais distintos: numa unidade de cuidados na comunidade (UCC), num centro hospitalar e num centro de reabilitação, tratando-se este último de um estágio de observação com duração de uma semana.

Ao longo de todo o processo de elaboração do projeto de estágio e do relatório foram realizadas pesquisas bibliográficas de artigos científicos na plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE*, para a elaboração de uma *Scoping Review*, e através da *B-on*, *Google académico*, apontamentos, teses, revistas, manuais, publicações, livros técnicos e científicos com relevância para o tema e não exclusivamente de enfermagem ou bibliografia recente, devido à escassez de investigação e literatura sobre a temática atividade física na pessoa com LVM.

A elaboração deste relatório foi uma excelente oportunidade para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas sobre a atividade física e a pessoa com LVM, áreas que me suscitam elevado interesse pessoal e profissional e devido a estes utentes exigirem cuidados especializados.

Ao longo da minha experiência profissional não tenho tido muito contacto com pessoas com LVM, pelo que tive necessidade de aprofundar, renovar e desenvolver novos conhecimentos nesta área, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados e a aquisição de competências, no sentido de dar resposta aos constantes

desafios com que me deparo na disciplina de Enfermagem. Hoje em dia estou mais desperta para os cuidados a ter com este tipo de utentes e devido a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos (UCI) sinto ser uma mais valia para a equipa por existirem lacunas de conhecimento na área de reabilitação à pessoa com LVM por parte de toda a equipa multidisciplinar.

Por outro lado, constatei ao longo dos ensinamentos clínicos e das pesquisas realizadas que ainda existe pouca informação sobre a promoção da atividade física na pessoa com LVM, principalmente na área da enfermagem, apesar de produzirem bastantes benefícios (Costa, Crispim, Madeira & Mimoso, 2008; Devillard, Rimaud, Roche & Calmels, 2007; Finley, Rodgers & Keyser, 2002).

As limitações da mobilidade provocadas pela LVM afetam a qualidade de vida destas pessoas, por estarem relacionados com o aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias, osteoporose e depressão (Finley et al., 2002).

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético, tendo em conta toda a atividade realizada pela pessoa no seu dia a dia, quer sejam atividades de vida diária, desportivas, ocupacionais ou de lazer (Caspersen, Powell & Christenson, 1985; *World Health Organization* [WHO], 2010). A atividade física não diz respeito somente a atividade desportiva, engloba vários tipos de atividade (Cruz, 2007).

Segundo a bibliografia pesquisada a atividade física na pessoa com LVM trás benefícios como a melhoria do consumo de oxigénio, aumenta a capacidade aeróbica, reduz os riscos de doenças cardiovasculares e de infeções respiratórias, diminui a osteoporose, diminui o número de úlceras de pressão, de infeções urinárias e a dor, reduz do número de internamentos, melhora a capacidade de realização das atividades de vida diária (AVD), melhora o equilíbrio e a destreza na cadeira de rodas, promove o bem-estar, aumenta a qualidade de vida, favorece a integração social, promove a independência, melhora a autoimagem, auto estima e diminui os distúrbios psicológicos (Devillard et al., 2007; Finley et al., 2002; Melo, 2009; Nascimento & Silva, 2007; Scheer et al., 2017; Silva, Oliveira & Conceição, 2005; Tsang, Hiremath, Cooper & Ding, 2015). Porém, apesar dos benefícios, estudos demonstram a baixa adesão à prática de atividade física (Costa et al., 2008; Rocchi, Routhier, Latimer-Cheung, Ginis, Noreau & Sweet, 2017; Rocha, 2014).

A nível mundial, segundo a WHO (2013) todos os anos, ocorrem entre 250000 e 500000 LVM e a incidência global anual estima-se que seja de 40 a 80 casos por milhão de habitantes.

Um estudo realizado em Portugal por Martins, Freitas, Martins, Dartigues e Barat (1998), referente aos anos de 1989 a 1992, concluiu que a taxa de incidência anual de LVM foi de 57,8 novos casos por milhão de habitantes e que a taxa de sobrevivência anual se estima em 25,4 por milhão de habitantes.

O mesmo estudo identificou a ocorrência de 398 novos casos, de LVM, dos quais 77% eram homens e 23% mulheres, pelo que este tipo de lesão ocorre mais no sexo masculino do que no feminino. O que também constatei nos diferentes ensinamentos clínicos realizados.

O custo, nos Estados Unidos da América, dos tratamentos à pessoa com LVM em 2015 foram cerca de 72047 dólares americanos, sendo este variável conforme o tipo e nível de lesão (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2017).

A LVM é dos traumatismos ou doença mais grave que pode ocorrer devido a causarem alterações drásticas a nível da qualidade de vida da pessoa, e pode mesmo levar à morte. Esta lesão surge de forma súbita e inesperada, causando sentimentos de perda, alterações corporais, emocionais e espirituais, obrigando a pessoa a adaptar-se a uma realidade completamente nova. Esta adaptação não vai depender apenas do tipo de lesão e do seu prognóstico, mas também do tipo de personalidade (educação, cultura e social), e do programa de reabilitação que vai mobilizar a pessoa a procurar estratégias para uma melhor gestão da sua nova realidade (Amaral, 2009).

Segundo a OE (2009b) as regiões mais afetadas na coluna são entre C5 e C7 na região cervical e na região dorso lombar de D12 a L2 devido a grande mobilidade e instabilidade da coluna nestas áreas.

Estas lesões podem originar disfunção motora, sensitiva e autonómica devido a causar interrupção parcial ou total das funções reflexas e voluntárias ao nível e abaixo da lesão, devido a existir danificação na comunicação dos impulsos nervosos com o cérebro. Afetando o bem-estar físico, social e psicológico da pessoa assim como da sua família, comunidade e sistemas de saúde (Alves, Sousa & Pinto, 2001; Carvalho & Damasceno, 2003; Meneguessi, Teixeira, Jesus, Pinho, Kamada & Reis,

2012; Staas et al., 1992). A família vivencia sentimentos de ansiedade, *stress*, depressão, desgaste psicológico, desânimo, sentimento de impotência, revolta, desorganização funcional, redução económica e diminuição da qualidade de vida (Simpson & Jones, 2012). Citando Hesbeen (2003, p.52) “a reabilitação não interessa unicamente às pessoas deficientes ou incapacitadas”, as pessoas mais próximas (família, amigos, cuidadores) também vão ser afetados, e por esse motivo o EEER tem o dever de os informar, formar e apoiar.

As LVM passam por três fases: o choque medular, a fase subaguda e a de sequelas. Um dos indicadores do fim da fase de choque medular é o retorno dos reflexos perianais. Embora a reabilitação se inicie na fase subaguda é na fase de sequelas que se potencializa, razão pela qual tive necessidade de realizar um estágio de observação num centro de reabilitação, com o objetivo de poder vivenciar as atividades realizadas nesta última fase.

Os cuidados prestados à pessoa com LVM na fase aguda são determinantes na recuperação neurológica, funcional e na sua qualidade de vida, pelo que, a reabilitação deve ser iniciada e mais cedo possível e logo que o estado clínico seja considerado estável (Boldt, Velstra, Barch, Linseisen & Cieza, 2012).

As lesões provocadas podem originar alterações da mobilidade, disreflexia autonómica, alterações da função vesical, gastrointestinal, metabólicas e vasculares, úlceras de pressão, distúrbios de humor e regulação da temperatura corporal, consoante a localização e tipo de lesão (Alves et al., 2001; Nunes et al., 2009; Singh, Tetreault, Kalsi-Ryan, Nouri & Fehlings, 2014; Sartori & Melo, 2002; Wilsom, Hashimoto, Dettori & Fehlings, 2011).

Para a avaliação da lesão medular deve-se recorrer à escala de *American Spinal Injury Association* (ASIA), que tem como finalidade homogeneizar a classificação da LVM, podendo-se caracterizar a patologia quanto ao nível e extensão da lesão, tendo em conta a sensibilidade táctil e dolorosa de cada dermatomo (área motora da pele inervada pelos axónios sensoriais de cada segmento nervoso) e a função motora de dez músculos chave. A escala de ASIA vai de A a E e diz-nos se se trata de uma lesão completa, incompleta ou lesão normal (ASIA, 2003; Kirshblum et al., 2011; Nunes et al., 2009). Segundo Henriques e Fumincelli (2017, p.437) a avaliação neurológica através da ASIA determina “o nível da lesão, o tipo, identifica

as deficiências motoras e sensitivas, e orienta com objetividade para quais as atividades de vida e autocuidados eventualmente comprometidos e que necessitam de orientações terapêuticas”.

A tetraplegia define-se como a redução ou perda motora e/ou sensibilidade dos segmentos cervicais, devido à lesão do tecido nervoso medular. O que pode levar ao comprometimento da função dos membros superiores, do tronco, dos membros inferiores e dos órgãos abdomino-pélvicos (ASIA, 2003; Kirshblum et al., 2011).

A paraplegia refere-se à redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrados, mas não cervicais. Os membros superiores não são afetados, mas dependente da lesão, pode resultar na perda ou diminuição da função do tronco, dos órgãos abdomino-pélvicos e dos membros inferiores. Também se pode incluir a lesão do cone medular e da cauda equina (ASIA, 2003; Kirshblum et al., 2011).

A OE (2002) invoca seis elementos essenciais de um exercício profissional de excelência são eles a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, que devem ser sempre tidas em conta, principalmente nestes utentes em que a função sensitiva e/ou motora se encontram alteradas e necessitam de ajuda para se adaptarem a esta nova realidade. Segundo a OE (2011), para que ocorra uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a prática de enfermagem de reabilitação integra resultados de investigação e orientações de boas práticas baseadas na evidência. A enfermagem de reabilitação tem como foco a “pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o auto-cuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (OE, 2011, p.3), nomeadamente, ao nível cognitivo, sensitivo, motor, respiratório, cardíaco, da alimentação, eliminação e sexualidade e a reinserção social em todos os contextos, em busca da dignidade, bem-estar e qualidade de vida (OE, 2010b).

O Sistema Nacional de Saúde (2016) considera a reabilitação “um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social” (para.2).

Hesbeen reforça a mesma ideia referindo que a reabilitação é “um domínio extremamente rico tanto pela sua componente humana, quanto pelo vasto campo da sua intervenção” (2003, p.135). Segundo o mesmo autor, a reabilitação contribui para o enriquecimento da prática de cuidados, e requer a criação de um bom relacionamento entre enfermeiro/utente no sentido dos cuidados demonstrarem interesse pela pessoa e serem personalizados, através da elaboração de um plano de cuidados com objetivos realistas e adequados a cada utente, no sentido de maximizar o seu potencial de modo a conseguir alcançar a melhor qualidade de vida possível. Tal como refere a OE (2010b, p.1) o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”, através do seu nível de conhecimentos e experiência, permitindo-lhe uma tomada de decisão em contextos relacionados com a promoção da saúde, a prevenção de complicações secundárias, o tratamento, e a reabilitação com o objetivo de maximizar o potencial da pessoa.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem prestados pelo EEER devem ter como base os cuidados centrados à pessoa (CCP), ou seja, deve compreender o utente, estabelecer uma parceria de cuidados, negociar objetivos a atingir com o processo de reabilitação, incentivar e capacitar a pessoa para a tomada de decisão do seu estado de saúde, promover a escolha do tratamento e a melhoria da qualidade dos cuidados, e com isto promover uma participação mais ativa e motivada por parte do utente (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008), tendo como objetivo final os ganhos em saúde. Ver a pessoa como um ser único e responsável, ter respeito pelas suas crenças, valores e preferências é essencial para estabelecer uma boa relação terapêutica (McCormack & McCance, 2006).

Os CCP requerem estabelecimento de relações terapêuticas entre o profissional de saúde, os utentes e os cuidadores, sendo estas relações construídas na base de uma relação de confiança (Brink & Skott, 2013) e no seu acompanhamento ao longo do seu percurso (Hesbeen, 2003). Este autor, define o CCP como ajudar a pessoa a desenvolver mecanismos de adaptação à sua nova condição, isto é, saber viver com a sua incapacidade, a sua deficiência, as suas características particulares, com o objetivo da reintegração social.

O EEER identifica o potencial de cada pessoa, promove a maximização das capacidades funcionais e ajuda na aceitação da pessoa ao seu novo estilo de vida, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal e produz ganhos em saúde demonstrados pela prevenção ou diminuição de complicações e incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma máxima autonomia e minimização do impacto das limitações instaladas (Hoeman, 2011; OE, 2015).

É fundamental o registo diário de enfermagem de reabilitação e o uso de escalas para a realização de um plano de reabilitação por parte dos EEER, pois permite avaliar, acompanhar a evolução da pessoa, estabelecer uma continuidade dos cuidados prestados e obter ganhos em saúde. As escalas possibilitam a homogeneização da linguagem utilizada e permitem decisões em saúde baseadas em estudos e evidência científica, possibilitando uma avaliação mensurável, criteriosa e uniforme para todos os profissionais de saúde. O seu registo deve ser partilhado, no sentido de elaborar um plano de cuidados, monitorizar e avaliar os progressos no processo de saúde, estabelecendo uma continuidade dos cuidados. A Medida de Independência Funcional (MIF), a Medida de Independência na Lesão Medular (Spinal Cord Independence Measure: SCIM), a ASIA, entre outras escalas são essenciais para avaliar o impacto da LVM na pessoa.

Para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem é importante que o enfermeiro desenvolva a sua prática baseada numa filosofia de cuidados de modo a atingir as competências do EEER. Para a elaboração deste trabalho escolhi o modelo teórico do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem no sentido de capacitar a pessoa e promover o seu autocuidado. Segundo a Teoria dos Sistemas de Enfermagem os enfermeiros, os utentes ou ambos determinam quais as necessidades de autocuidado para uma determinada pessoa com LVM com recurso aos três sistemas de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou apoio/educação) consoante o tipo e nível da lesão e a fase de reabilitação. Esta teoria tem como finalidade reduzir as necessidades de autocuidado a um nível que a pessoa com LVM possa realizar, aumentar a capacidade de resposta à necessidade de autocuidado, apoiar a pessoa dependente de cuidados e suprir as necessidades de cuidar através da enfermagem. Para a autora, os enfermeiros devem tornar os seus

utentes agentes do autocuidado. O utente é visto como parceiro nos cuidados e detentor da tomada de decisão (Orem, 2001).

A pessoa com LVM apresenta défices de autocuidado temporários e/ou permanentes decorrentes da sua nova condição de saúde, pelo que exige um processo de adaptação e onde a colaboração do EEER é essencial, na medida em que o enfermeiro ajuda o utente com défice no autocuidado a melhorar a sua participação e a criar novas estratégias para readquirir a independência no autocuidado e onde consoante os seus défices o supervisiona, assiste ou substitui.

No projeto de estágio foram delineados objetivos gerais e específicos, tendo em vista o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER. O objetivo geral do projeto foi desenvolver competências do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM. Tendo em conta a área problemática defini os seguintes objetivos específicos:

- Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LVM através da promoção da atividade física, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;
- Integrar e compreender a dinâmica funcional do serviço na sua vertente estrutural e organizacional para a integração nas equipas;
- Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação;
- Conceber e implementar programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação, com ênfase na pessoa com deficiência;
- Planear cuidados de enfermagem especializados e individualizado à pessoa com LVM (a nível motor, sensorial, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) que visam capacitar, otimizar e maximizar a funcionalidade;
- Desenvolver competências do EEER com vista à satisfação da pessoa, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado através de intervenções de enfermagem como a promoção da atividade física.

Este relatório encontra-se organizado em quatro partes. Na primeira está presente a introdução onde foi contextualizado e justificado a escolha do tema, onde são abordados os principais conceitos e a filosofia de cuidados. Na segunda parte pretendo demonstrar o “caminho” efetuado ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos

para atingir os objetivos delineados no projeto e onde é realizada uma análise das atividades para o desenvolvimento das competências do EEER. Na terceira parte é realizada uma avaliação global do trabalho onde são abordados os fatores facilitadores e inibidores do processo de ensino e aprendizagem através da análise SWAT e onde são realizadas sugestões de investigação e para finalizar são apresentadas as conclusões e as perspectivas futuras como EEER.

Os documentos essenciais utilizados na elaboração do presente relatório foram remetidos para apêndice e anexo e encontram-se ordenados segundo a referenciação feita ao longo do trabalho.

Este relatório foi desenvolvido segundo o novo acordo ortográfico, as normas da *American Psychological Association* (APA) e de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL.

## 1. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretendo realizar uma descrição e análise crítica sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes ensinamentos clínicos, tendo em conta os objetivos delineados no projeto de estágio (apêndice I) para o desenvolvimento de competências. Perante os objetivos delineados, foram planeadas e calendarizadas um conjunto de atividades no sentido de os atingir. Irei descrever as atividades nos diferentes contextos do ensino clínico, o modo como foram desenvolvidas, as dificuldades sentidas, as imprevisibilidades e as razões que levaram ao desenvolvimento de outras atividades não planeadas.

O ensino clínico no qual se incide este relatório compreende três experiências de estágio, as duas primeiras com duração de 8 semanas e a terceira com duração de 1 semana. O estágio na UCC teve a duração de 32 turnos que correspondeu a 256 horas (h). O estágio Hospitalar teve a duração de 32 turnos que correspondeu a 268h e o terceiro estágio tratando-se de um estágio de observação com duração de 5 dias que correspondeu a 40h. No total no período de 25 de novembro a 9 de fevereiro realizei 564h, com o intuito de responder aos objetivos propostos no projeto de estágio.

A realização destes três ensinamentos clínicos foi enriquecedora para o conhecimento da realidade dos cuidados em diferentes contextos, em virtude de ter proporcionado o contacto com um vasto leque de experiências e aprendizagens que foram importantes para a aquisição de competências e para a minha formação pessoal e profissional. Uma das experiências correspondeu à participação num simpósio de enfermagem em neurologia (anexo I) no qual a minha enfermeira orientadora apresentou um trabalho sobre a sua experiência no cuidar de um utente com Esclerose Múltipla, e no qual realizou um enquadramento teórico e abordou as intervenções de enfermagem, dando ênfase aos cuidados realizados pelo EEER. A apresentação incidiu sobre um utente ao qual realizei um plano de cuidados o que promoveu uma partilha e discussão sobre o tema, contribuindo para uma maior consolidação de conhecimentos e justificação das intervenções de enfermagem recomendadas e descritas na literatura.

Este simpósio veio demonstrar como é importante dar visibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação e como ainda existem poucos meios de demonstração, como a falta de registos ou escalas.

Ao longo deste simpósio foi abordado o tema da preparação para a alta, a pessoa com acidente vascular cerebral (AVC), demência, doença pulmonar obstrutiva crónica entre outras patologias, o que permitiu um acréscimo de conhecimentos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009a, p.6)

a prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem. O apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também competências apropriadas a cada fase etária e respostas organizativas inovadoras.

Ao longo dos estágios tive um vasto leque de oportunidades e experiências de aprendizagem com utentes com várias faixas etárias e com vários tipos de patologias. Não sendo possível evidenciar todas ao longo deste relatório, descrevi e realizei reflexões, recorrendo a pesquisas bibliográficas sobre as situações mais importantes com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas do EEER. A metodologia de análise e reflexão foi realizada através de jornais de aprendizagem semanais com recurso ao *Ciclo de Gibbs*, presentes no apêndice II. Os jornais de aprendizagem permitem o desenvolvimento do pensamento crítico, potenciando a reflexão assim como a reconstrução das experiências vivenciadas retratando o que foi e o que poderia ter sido feito, orientar as intervenções, avaliar os resultados assim como fazer um planeamento de uma ação futura (Perrenoud, 1999).

Segundo Benner (2001) existem cinco níveis de desenvolvimento na enfermagem (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) e a reflexão é uma habilidade essencial para o enfermeiro se tornar um perito.

A prestação de cuidados especializados em reabilitação ao utente com LVM, foi um desafio para aprofundar conhecimentos e realizar novas pesquisas sobre os cuidados específicos, especializados e vivenciar novas experiências. O contacto com estes utentes no meu local de trabalho era escasso, mas coincidentemente tenho tido mais utentes com este tipo de patologia, o que fez com que pusesse por em prática muitos dos conhecimentos adquiridos em estágio e esse trabalho ter sido valorizado pelos meus pares e restantes profissionais.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem, teórica escolhida, veio dar força à minha prática de cuidados realizada nos diversos ensinamentos clínicos, demonstrando-se crucial para o desenvolvimento dos meus conhecimentos e das minhas competências, devido a enquadrar-se na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Segundo Orem (2001, p.43) o autocuidado “é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar” e é uma função humana reguladora que os indivíduos têm deliberadamente de desenvolver por si próprios ou que alguém desempenhe por eles (dependentes de cuidados) para adquirir e preservar condições para manter a vida, saúde (física e psicológica), o desenvolvimento e o bem-estar.

### **1.1. Descrição e análise das atividades desenvolvidas segundo os objetivos definidos**

1. Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LVM através da promoção da atividade física, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência

Para atingir este objetivo contei com todos os conteúdos transmitidos nas aulas lecionadas (quer teóricos, teórico-práticos e práticos) ao longo do primeiro ano deste curso, assim como das várias pesquisas realizadas (em livros, artigos, bases de dados), ter assistido a formações de serviço (no estágio hospitalar) e congressos. Toda a informação foi determinante para o desenvolvimento de novos conhecimentos.

A abordagem sobre as principais alterações respiratórias na pessoa com lesão medular, a abordagem sobre os meios complementares de diagnóstico e a sua avaliação, as principais alterações sensório-motoras presentes na pessoa com LVM, a abordagem da ASIA, as previsões futuras para estes utentes, os cuidados a ter nos posicionamentos, entre outros, foram essenciais para o planeamento de programas de reabilitação.

As pesquisas bibliográficas foram contínuas ao longo dos vários ensinamentos clínicos, devido aos cuidados prestados não terem sido somente a pessoas com LVM e também no sentido de descobrir novas informações para poder prestar os cuidados de reabilitação o mais direcionado e personalizados para cada pessoa.

Numa destas pesquisas encontrei a SCIM que avalia a recuperação funcional em pessoas com lesão medular, e realizei uma recensão crítica (apêndice III). Achei pertinente o seu uso e abordei os colegas a nível hospitalar que a desconheciam. Segundo vários estudos (Anderson et al., 2008; Catz, 2007; Sharif-Alhoseini & Rahimi-Movaghar, 2015), esta escala permite uma avaliação mais correta do grau de recuperação do utente com LVM em comparação com a MIF e avalia mais áreas como a respiração, sendo uma escala importante para a área de reabilitação no sentido de maximizar a capacidade de independência funcional. Inicialmente fiquei sem perceber se já se encontrava validada para a língua portuguesa, mas quando fiz o estágio de observação, tive oportunidade de estar com alguns dos autores responsáveis pela aplicação da escala em Portugal, e fui informada que em breve irá sair uma nova versão e que a irão validar.

Por outro lado, a partilha de informação por parte dos enfermeiros e docente orientadores, os documentos presentes e disponíveis nos diversos locais de estágio, foram essenciais para a consolidação dos conhecimentos, quer teórico, quer práticos tendo contribuído para a melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

## 2. Integrar e compreender a dinâmica funcional do serviço na sua vertente estrutural e organizacional para a integração nas equipas

Este objetivo começou a ser atingido antes do início dos estágios, devido às visitas de observação e entrevistas a enfermeira chefe/coordenadora que realizei previamente nos diferentes ensinamentos clínicos. No local de estágio de observação, tal não foi possível devido a não ser um local inicialmente programado e à sua confirmação tardia.

Nas primeiras duas semanas, em ambos os ensinamentos clínicos, o processo de integração foi mais intenso, tal como planeado no cronograma. Conheci a maioria dos elementos da equipa multidisciplinar e desde início que me senti bem acolhida por todos os elementos da equipa em ambos os locais de estágio, sendo relevante evidenciar a disponibilidade dos orientadores.

Inicialmente foi-me apresentado a dinâmica e funcionalidade dos serviços, estando já interiorizada na segunda semana de estágio. O mais marcante foram as diferenças de funcionamento das equipas. A UCC trata-se de uma equipa

transdisciplinar onde todos os elementos da equipa colaboram na implementação e elaboração do plano de cuidados e um dos elementos da equipa, neste caso o EEER, assume o papel de gestor de cuidados, intervindo na sua disciplina e na disciplina de outros elementos, sob a supervisão dos mesmos. A nível hospitalar, trata-se de uma equipa interdisciplinar, onde a equipa identifica objetivos e esforça-se por evitar conflitos e duplicações e onde existe colaboração entre todos os elementos da equipa. Estas duas situações, tem por base uma visão holística do utente e onde existe colaboração entre todos os elementos e onde os objetivos são delineados em conjunto. No estágio de observação trabalham como uma equipa multidisciplinar onde vários profissionais trabalham para a reabilitação do utente, mas de forma individualizada não trazendo tantos ganhos para o utente, apesar de realizarem reuniões de equipa com diversos profissionais. Cada um estabelece os seus objetivos específicos e atua dentro do limite da intervenção da própria disciplina para os atingir (Hoeman, 2011).

De início, a dinâmica da UCC foi complicada de compreender devido a usarem muitas siglas e por existirem várias unidades dentro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com objetivos distintos, pelo que senti necessidade de realizar um jornal de aprendizagem a abordar esta temática, tendo sido muito benéfico, no sentido em que percebi o seu objetivo e o seu funcionamento.

Consultei os manuais de procedimentos, protocolos e normas do serviço, assim como instrumentos e escalas utilizadas em cada local de estágio. E observei que a linguagem utilizada nos planos de cuidados é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Na UCC, a cada EEER, à exceção da enfermeira coordenadora, são atribuídos sete utentes de quem são gestoras de caso, sendo responsáveis por implementar intervenções de enfermagem e avaliar os resultados obtidos, tal como por avaliar as prioridades e os dias a que são prestados os cuidados de reabilitação, sempre com consentimento do utente e família. Existem reuniões semanais e mensais que reúnem todos os elementos da equipa o que foi facilitador para a minha integração e onde a partilha dos cuidados a serem prestados a cada utente, permite um bom funcionamento da equipa bem como a discussão dos casos e a sugestão de novas intervenções a serem implementadas o que promove a realização de cuidados de

qualidade. A nível hospitalar a integração foi sendo feita gradualmente devido à maioria dos enfermeiros trabalharem por *roulement*.

Em ambos os locais de estágio foram realizadas apresentações informais do projeto de estágio com entrega do mesmo em papel, e discutidas as atividades planeadas.

A nível hospitalar e comunidade observei e colaborei com a enfermeira orientadora na avaliação, planeamento, implementação de intervenções e registos. Tive a oportunidade de realizar em ambos os locais de estágio notas de alta e a nível da UCC realizei avaliações iniciais.

No hospital, devido à minha enfermeira orientadora também ser segundo elemento no serviço, tive a oportunidade de observar atividades de gestão, como a distribuição de utentes, gestão das admissões e altas, gestão para uma dotação segura, verificação do material e verificação do stock da farmácia, o que contribui para adquirir competências de gestão de recursos. Os enfermeiros de reabilitação a nível hospitalar exercem funções de enfermeiro generalista e tem o mesmo número de utentes que os restantes elementos, o que por vezes faz com que os cuidados de reabilitação tenham que ser geridos não podendo ser realizados a todos os utentes que necessitam, como era desejado.

### 3.Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação

Este objetivo é transversal e essencial ao exercício da Enfermagem e não somente da reabilitação, mas o enfermeiro especialista tem uma maior responsabilidade na tomada de decisão devido a possuir maiores conhecimentos e vivenciar situação complexas (OE, 2010a).

Ao longo dos ensinios clínicos tive a oportunidade de desenvolver competências relacionais com o utente e família, estabelecendo uma relação terapêutica e profissional, recorrendo à utilização de uma linguagem adequada a cada pessoa, à escuta ativa, à compreensão empática, ao respeito pelo outro, à parceria na tomada de decisões, à negociação e à valorização da pessoa como ser único. Não esquecendo o respeito pelos valores universais como a igualdade, verdade e justiça, altruísmo e a solidariedade, dignidade e liberdade na defesa da sua autonomia e protegendo a sua intimidade e privacidade. Como futura EEER valorizo mais a

autonomia da pessoa na tomada de decisões, algo para o qual não estava tão desperta como agora e tento perceber a decisão do utente.

Os momentos de interação e de promoção de relação de confiança são contínuos sendo mais evidentes quando realizamos a colheita de dados, durante a prestação direta de cuidados de enfermagem e no diálogo com o utente/família, onde foi promovido um ambiente seguro.

A minha conduta foi orientada pelo código deontológico do enfermeiro e pelo regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, estando presente nos planos de cuidados e nos jornais de aprendizagem onde também é evidente a consciencialização da relação, como uma ferramenta fundamental, assim como o envolvimento do utente e cuidador, no processo de reabilitação. No caso do senhor (Sr.) J.E onde a mãe era a principal cuidadora foi evidente a importância de se estar alerta sobre as dúvidas, necessidades, sinais de desgaste por parte do prestador, neste caso da mãe, apoiá-la e retirar alguma responsabilidade e principalmente elogiar os cuidados prestados, demonstrado através da qualidade de vida e conforto do seu filho, como fiz ao longo das visitas. O cuidador informal nunca deve ser esquecido no processo de reabilitação por se tratar da pessoa que está sempre presente e deve receber elogios construtivos para o seu bem-estar, pois têm um papel fundamental neste processo e assume-se como o principal parceiro e íntimo dos enfermeiros. Devido aos cuidadores serem os nossos principais parceiros de cuidados, é essencial que haja parceria e boa relação. Esta atuação era algo para o qual ainda não estava tão desperta pois habitualmente os meus cuidados eram dirigidos ao utente e não tanto à família por esta não estar tão presente.

Sempre que prestei cuidado apresentei-me e pedi o consentimento dos utentes para a prestação dos mesmos, forneci o máximo de informação para a obtenção de um consentimento informado, respondi às questões colocadas, potencieei a sua autonomia para a tomada de decisões e capacitei para o autocuidado.

Ao longo deste relatório também é evidente o respeito pelo sigilo profissional e por essa razão não estão presentes nem as instituições onde foram realizados os ensinamentos clínicos e também foram omitidos os nomes dos utentes a quem foram prestados cuidados, para que não fosse possível em nenhum momento o

reconhecimento da pessoa a quem prestei cuidados, preocupação que tenho desde sempre.

Os enfermeiros orientadores, bem como a professora orientadora, ao longo do estágio, foram dando o *feedback* sobre o desenvolvimento das minhas competências como futura EEER, tendo como objetivo o desenvolvimento da prática especializada através da consciencialização das reflexões de situações relevantes para a minha aprendizagem, como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a prestar, respeitando os princípios ético e legais.

A nível da UCC, como descrito anteriormente, tive a oportunidade de estar presente e de participar nas reuniões transdisciplinares onde foi evidente o papel de consultor, a tomada de decisão em várias situações como no planeamento de cuidados e a preparação para a alta e onde é mais visível a responsabilidade e a autonomia profissional, o que reforça a importância do EEER ser portador de conhecimentos científicos devido a se deparem com várias situações complexas de cuidados a que tem que dar resposta (OE, 2010a).

#### 4. Conceber e implementar programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação, com ênfase na pessoa com deficiência

Para atingir este objetivo foi necessário consolidar conhecimentos teóricos, práticos e científicos, bem como ter conhecimentos sobre a equipa interdisciplinar e uma prática baseada em princípios éticos e deontológicos, como foi mencionado nos objetivos 1, 2 e 3.

Tal como planeado, após as primeiras duas semanas de estágio comecei a colaborar na conceção e implementação de programas de intervenção no domínio da enfermagem de reabilitação, sempre com supervisão da enfermeira orientadora, planeando a realização de outros exercícios de reabilitação e a progressão do plano de reabilitação como, o treino de marcha, entre outras intervenções. No segundo estágio esse processo foi mais rápido, devido a já ter passado por uma situação de aprendizagem que associada à minha experiência profissional, fez com que na primeira semana, após conhecer o utente, colaborasse na realização dos programas de reabilitação.

Em ambos os locais de estágio tive oportunidade de planear e elaborar planos de cuidados adequados à pessoa que permitiram avaliar as capacidades e a motivação da mesma, identificar os seus problemas, definir os diagnósticos de enfermagem, os objetivos, as intervenções de enfermagem a serem implementadas, a evolução/avaliação e os resultados atingidos (Caple & Karakashian, 2017) para utentes com várias patologias e de várias faixas etárias, sendo os planos de enfermagem de reabilitação discutidos com as enfermeiras orientadoras. Os planos de cuidados foram elaborados segundo a CIPE, modelo usado em todos os ensinamentos clínicos.

Ao longo dos dois ensinamentos clínicos foram realizados vários planos de cuidados (apêndice IV), tendo sido muito benéficos para a organização da minha linha de pensamento e para a minha atuação no campo das intervenções de enfermagem de reabilitação, assim como na avaliação dos resultados obtidos.

Diariamente realizei notas de enfermagem. Na comunidade, os registos eram realizados em duplicado na plataforma da rede nacional de cuidados continuados integrados (*Gestcare*) e no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) denominado de *SClinico* e participei nas reuniões semanais. Já conhecia ambos os sistemas, mas a alguns anos que não trabalhava com nenhum o que foi importante relembrar e instruir-me de como eram realizados os registos e como os consultar para promover a continuidade de cuidados. A nível hospitalar os registos eram feitos no *SClinico* em notas gerais, tornando-se mais difícil demonstrar os ganhos em saúde. Foi sugerido o levantamento de intervenções específicas direcionadas para o EEER, mas devido ao sistema brevemente sofrer de reformulações não foi implementado.

Participei em programas na área da qualidade dos cuidados (avaliação do risco de queda e de úlceras de pressão) e na avaliação da dor, através da aplicação de instrumentos de avaliação e na implementação de medidas preventivas, do mesmo modo que na aplicação da escala ASIA, MIF e índice de *Barthel*.

Na comunidade foram realizados dois folhetos, um sobre a posição ergonómica que as mães devem adotar quando tratam dos filhos por observar que muitas das mães se queixavam de lombalgias e adotavam uma postura incorreta no sentido de evitar lesões músculo-esqueléticas e outro folheto informativo sobre massagem para bebés, para promover o trabalho realizado pelo EEER, somente o segundo foi

implementado. Estes folhetos foram elaborados devido a enfermeira orientadora realizar cursos de massagem para bebês e ser uma área da qual gostei de presenciar e poder se tornar um desafio para o futuro.

Para uma melhor gestão de cuidados foi realizado o levantamento de material existente no serviço para ser utilizado e distribuído pelos utentes. Foram elaborados vários planos de exercícios personalizados para cada utente, no sentido de ter uma abordagem centrada neste, produzido um documento escrito sobre a reeducação da musculatura da face e documentos para treinar a motricidade fina: exercícios de escrita (apêndice V), tendo em conta a teoria do défice de autocuidado de Orem de forma a promover a capacitação da pessoa no processo de autocuidado, mais propriamente o sistema de apoio/educação.

A nível hospitalar foi elaborada uma tábua para a estimulação da motricidade fina e colaborei na realização de um avental também para a estimulação da motricidade fina. Estes instrumentos de apoio foram elaborados no sentido de os utentes treinarem o uso de materiais do dia a dia no sentido de os tornar o mais independentes possível. Este serviço já tinha muitos folhetos informativos, normas e regulamentos e apercebi-me que a promoção das AVD pela atividade física poderia ser uma área a desenvolver (apêndice VI). Também concebi uma adaptação de objetos de uso quotidiano (garrafa de água e palhinha), para servir de espirómetros de incentivo. Para efetivar esta intervenção, foi feita partilha na equipa de enfermagem de forma informal, incidindo nos EEER e nos estudantes de EEER de outras escolas. Foram priorizados os utentes no pós cirúrgicos mediato para reduzir o risco de complicações respiratórias, promover o aumento do volume inspiratório e o recrutamento dos alvéolos colapsados (Cordeiro & Menoita, 2012). Esta intervenção foi importante no sentido de melhorar a recuperação pós-operatória o mais rapidamente possível e com o mínimo de complicações possíveis por se tratar de um serviço que recebe um grande número de utentes cirúrgicos, com recurso a material simples e de fácil acesso. Foi mostrada e sugerida a utilização da escala de *Borg* modificada, tendo sido bem aceite e estar a ser utilizada por todos os alunos e enfermeiros de reabilitação, também foi elaborada uma tabela para os registos do plano inclinado (presente no mesmo apêndice), que aguarda ser aprovada pela enfermeira chefe para ser colocada em utilização, tornando-se possível observar mais facilmente a tolerância do utente e as suas intercorrências.

5. Planear cuidados de enfermagem especializados e individualizado à pessoa com LVM (a nível motor, sensorial, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) que visam capacitar, otimizar e maximizar a funcionalidade e Desenvolver competências do EEER com vista à satisfação da pessoa, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado através de intervenções de enfermagem como a promoção da atividade física

Por ambos os objetivos se complementarem optei por abordá-los em simultâneo. Nestes objetivos estão presentes todos os objetivos anteriores.

Para a obtenção destes objetivos recorri a vários manuais da especialidade de Reabilitação, ao guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular (OE, 2009b), apontamentos das aulas, entre outras pesquisas bibliográficas e artigos das bases de dados *Medline*, *Cinahl*, *Google Académico* e à opinião de peritos na área. Citando Benner (2001, p.32) “a teoria é um excelente instrumento para explicar e predizer”, mas a aquisição de conhecimentos científicos exige estudo, investigação e prática “a experiência é por isso necessária à perícia.”

Ao longo dos ensinamentos clínicos elaborei e realizei planos de cuidados individualizados a cada utente que cuidei. As áreas menos trabalhadas foram a eliminação urinária e a sexualidade. Esta preocupação foi discutida e analisada com a enfermeira orientadora, mas por funcionamento da equipa interdisciplinar, tal não era considerada como área de intervenção do EEER.

Uma das formas de atenuar este défice de conhecimentos, que considerava muito importante para a minha aquisição de competências, foi possível no estágio de observação, através da participação na realização de ensinamentos de auto-algáliação/auto-cateterização a utentes com LVM. Neste estágio a sexualidade não parece ser uma área prioritária nas intervenções do EEER, nem na restante equipa de saúde, o que me deixou bastante triste e desiludida com esta abordagem devido a ser uma área que devia ser bastante trabalhada não só com o utente, mas também com o seu parceiro/a. Segundo o enfermeiro coordenador já existiram várias situações que correram mal e que poderiam ter sido colmatadas pelo EEER, havendo mesmo necessidade dos utentes se dirigirem ao hospital devido à falta de informação.

Nos cuidados que prestei ao longo dos estágios, sempre numa abordagem centrada no utente, foram avaliadas, desenvolvidas e implementadas várias intervenções com vista a prevenir incapacidades, maximizando e capacitando a pessoa para o seu autocuidado, referentes à reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM). Houve um predomínio nas intervenções de EEER ao nível da área sensório-motora, devido aos efeitos adversos da imobilidade, as sequelas de várias patologias, nomeadamente da LVM e ao tema do meu projeto ser a promoção da atividade física e esta ser importante para a reconstrução da autonomia da pessoa. Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010) identificaram quatro fatores determinantes para a perda de autonomia que são as perdas de força muscular, de equilíbrio, de capacidade de realização de motricidade fina e da coordenação de movimentos, pelo que o trabalho do enfermeiro deve incidir no equilíbrio, força muscular e movimento articular.

Vou destacar algumas intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos que foram importantes para mim e para a minha aprendizagem como futura EEER, para promover os melhores cuidados a pessoa de quem cuido, na medida em que trabalho em cuidados intensivos e com pessoas com diversos tipos de patologias:

- ✓ Mobilizações articulares (passivas, ativo-assistidas, ativas, ativo-resistidas de acordo com as capacidades da pessoa) e de fortalecimento muscular;
- ✓ Posicionamentos terapêuticos;
- ✓ Treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e em posição ortostática);
- ✓ Treino de ortostatismo (posição de pé, *Standing frame*, plano inclinado);
- ✓ Atividades terapêuticas (rolar, ponte, carga no cotovelo, automobilizações, facilitação cruzada, gancho, *push-up*);
- ✓ Levante e transferência com e sem apoio (tábua ou elevador);
- ✓ Treino de marcha com e sem auxílio de marcha (andarilho, tripé, canadianas, bengala);
- ✓ Treino de subir e descer escadas com e sem auxílio de marcha;
- ✓ Treino de AVD com e sem recurso a produtos de apoio: higiene e conforto, vestir e despir, alimentação (adequar a consistência e

preferência do utente), eliminação (treino intestinal, ensino e treino de auto-cateterismo com técnica limpa).

- ✓ Exercícios de reabilitação sensorial e cognitiva (treino de memória e atenção);
- ✓ Treino de motricidade fina (com recurso a feijões, treinar a escrita ou contornar desenhos e letras com caneta, uso da tábua de motricidade fina);
- ✓ Avaliação neurológica da pessoa com AVC ou com traumatismo craniano através da avaliação dos pares cranianos;
- ✓ Avaliação neurológica da pessoa com LVM através da escala de ASIA, no sentido de determinar o estado neurológico da pessoa lesada através da avaliação motora e sensitiva, permitindo a deteção de lesões, choque medular e diferenciação de lesão completa de incompleta.
- ✓ Aplicação de instrumentos de avaliação (escala de *Glasgow*, Escala Visual Analógica (EVA), escala de *Morse*, escala de *Braden*, escala de *Borg* modificada, escala de *Lower* ou *Medical Research Council*, escala de *Ashworth*, MIF, Índice de *Barthel*).
- ✓ Auscultação pulmonar e avaliação de meios complementares de diagnóstico (gasometria arterial e radiografia do tórax);
- ✓ Relaxamento e consciencialização da respiração (inspiração pelo nariz permitindo humidificar, filtrar e aquecer o ar e expirar pela boca com os lábios semi-cerrados para criar uma pressão positiva na expiração, impedindo o colapso alveolar);
- ✓ Exercício de cinesiterapia respiratória (abertura costal global com e sem bastão, abertura costal seletiva à direita e à esquerda) que segundo Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal e Maia (1988) permite melhorar a performance dos principais músculos da ventilação, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição alveolar;
- ✓ Manobras acessórias: técnica de percussão, vibração e compressão torácica;
- ✓ Exercícios de técnicas respiratórias (reeducação abdominodiafragmática posterior, reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda);

- ✓ Utilização de dispositivos respiratórios (espirómetro de incentivo adaptado tanto no domicílio como no hospitalar através de uma garrafa com palhinha, para promover a expansão pulmonar e restabelece a função diafragmática (Heitor et al., 1988));
- ✓ Ensino da tosse para a limpeza das vias aéreas (assistida e dirigida);
- ✓ Realização e ensino de inaloterapia.

Ao longo dos ensinamentos clínicos os produtos de apoio eram aconselhados pelo EEER e também participei nessa orientação, tendo em conta as capacidades do utente, as preferências do mesmo e da família e os seus recursos financeiros. Na comunidade existe um banco de apoio, pelo que achei pertinente o levantamento do material para saber quando se encontra disponível ou não. No hospital dispõem de algum material que após ser retirado do seu local é dado conhecimento aos auxiliares, para que este não seja extraviado. E a nível do centro de reabilitação o material de apoio é prescrito pela parte médica, mas à chegada do utente existe material que é cedido pelo serviço durante a sua estadia, para a melhoria de cuidados e ser possível a escolha mais adequada para o mesmo.

Na prática clínica tive a oportunidade de instruir e treinar os utentes com alguns produtos de apoio, sob a supervisão da EEER orientadora. Os produtos de apoio com os quais tive oportunidade de trabalhar foram: cadeira de rodas (normal, elétrica e de espaldar alto), andarilho, canadianas, tripé, bengala, tábua de transferência em madeira, elevador elétrico, bastão, engrossador de cabo, bolsa palmar, faixa abdominal, almofadas de alvéolos, entre outros. Alguns já conhecia da minha experiência profissional, mas outros foram novos. As aquisições destes conhecimentos são importantes para a minha prática futura, não só para melhorar os cuidados prestados ao utente como para a minha segurança.

Durante os estágios verifiquei que o domínio do autocuidado em que os utentes e os EEER recorrem mais a produtos de apoio é na mobilidade seguido dos cuidados de higiene. Deve-se ter em conta que os utentes ficam mais capacitados com a sua utilização, mas para isso exige dos profissionais uma instrução e gestão de risco adequado (Hoeman, 2011). O EEER deve instruir o utente e o prestador de cuidados sobre a sua adequada utilização no sentido de os capacitar e prevenir acidentes.

Apliquei a metodologia científica do processo de enfermagem. Segundo Hoeman (2011, p.134) o processo de enfermagem “permite facilmente avaliações interdisciplinares, diagnósticos, colaboração no estabelecimento de objectivos para os doentes, formação da família e do doente, enfermagem de reabilitação e intervenções de equipa, e avaliação dos progressos em relação ao objectivo”. Os processos e os planos de cuidados foram discutidos com a professora orientadora e com as enfermeiras orientadoras dos respetivos estágios. Todos os trabalhos elaborados foram realizados com base nos cuidados centrados à pessoa, com vista a dar resposta as necessidades de cada uma e a reduzir as complicações, assim como a promover a sua funcionalidade e a aumentar o seu potencial.

Foram prestados cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem, para dar resposta aos requisitos de autocuidado. Nos planos de cuidados encontra-se menciona o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e/ou de apoio/educação. Quando o enfermeiro substitui a pessoa trata-se de um sistema totalmente compensatório, quando a pessoa necessita de ajuda parcial para fazer por si trata-se de um sistema parcialmente compensatório e no caso da pessoa só necessitar de ter apoio/orientação e consegue fazer por si mesma tratar-se de um sistema de apoio/educação.

No sentido de dar resposta às necessidades terapêuticas do utente, Orem (2001), desenvolveu a teoria do sistema de enfermagem que define a responsabilidade profissional, perante as necessidades do utente, a justificação da interação entre o enfermeiro e o mesmo e a natureza da ação a ser desempenhada por ambos. Nesta teoria um dos objetivos é assistir os utentes nas suas necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao mesmo. O utente pode ser dependente em certas áreas de autocuidado, como é o caso dos utentes tetraplégicos, porém não deixam de ser responsáveis por direccionar os seus cuidados.

Os prestadores de cuidados/família são uma mais valia para todo o processo de enfermagem de reabilitação, como refere Mota (2014, p.1), a “presença da família no meio hospital surge no desenvolvimento de uma lógica da humanização e de contributo para o sucesso na recuperação”, e não nos devemos esquecer que hoje em dia os grandes prestadores de cuidados no domicílio são as famílias. O mesmo autor, acrescenta ainda que um dos principais objetivos da enfermagem de

reabilitação é “facilitar a adaptação da família à situação de incapacidade de um dos seus elementos, promovendo a qualidade de vida de todos os elementos, facilitando e comunicação e o funcionamento familiar” (Mota, 2014, p.2). Ao realizar os planos de cuidados tive em atenção conhecer a pessoa, mas também o meio familiar. Numa das reflexões sobre um jovem de 31 anos que sofreu de um acidente de mota e ficou com paraplegia foi evidenciada a importância da família para a estimulação do utente na participação do processo de reabilitação, assim como os comportamentos de superproteção e de medo que apresentavam antes de serem integrados neste processo, o que demonstra a importância de integrar não só o utente como a sua família no processo de reabilitação.

Sempre que prestei cuidados fiz numa perspetiva de futura EEER e como tal, no âmbito de enfermagem de reabilitação, prestei cuidados que já prestava, tais como cuidados de higiene, sempre numa abordagem centrada no utente e por conseguinte, de estabelecer maior interação com este, promover a estimulação sensorial, trabalhar as AVD, capacitar a pessoa para o autocuidado e maximizar a funcionalidade, entre outros objetivos.

Estas atividades foram um contributo para a minha aprendizagem e devo salientar a disponibilidade e orientação não só das orientadoras de estágio, mas de toda a equipa interdisciplinar principalmente a nível hospitalar e do centro de reabilitação.

## **1.2. Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem para o desenvolvimento de competências do EEER**

As competências desenvolvidas foram baseadas nos documentos orientadores da OE (Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação). O objetivo destas competências é descrever e legitimar as nossas atuações enquanto enfermeiros dotados de um grau de capacidades mais específicas e complexas, tendo por base um conjunto de atribuições práticas e teóricas.

As competências foram emergindo naturalmente ao longo dos estágios e não separadamente como a seguir vão ser trabalhadas.

No regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010a) encontram-se relatados quatro domínios:

### **A – Domínio da responsabilidade profissional, ético e legal**

Enquanto enfermeira tenho responsabilidade profissional, direitos e deveres éticos e deontológicos. Um dos direitos é de “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem” (OE, 2015, p.76) e tenho o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p.78).

O enfermeiro tem o direito de informar. Em ambiente hospitalar vivenciei uma situação com o Sr. C.M. a quem prestei cuidados e sobre os quais fiz uma reflexão que resultou num jornal de aprendizagem. Este utente teve um acidente de mota anteriormente ao internamento e encontrava-se paraplégico (ASIA A D7), não aceitando a sua nova situação clínica questionando constantemente quando retomaria a andar, entre outras questões relacionadas com o seu futuro. Previamente ao contacto com o utente aferi com a enfermeira orientada que se encontrava em negação e que não era participativo nos programas sugeridos pelo que se tornou um desafio para mim por se tratar de um senhor jovem e quer motiva-lo para a participação no programa de reabilitação e demonstrar aquilo que ele conseguia fazer. Respondi a todas as questões e nunca dei falsas esperanças, retorquindo que iria ter muito trabalho pela frente e estabeleci objetivos alcançáveis. Foi promovido um ambiente terapêutico, demonstrei respeito, dignidade, disponibilidade, responsabilidade, segurança e fortaleci a confiança e empatia, evitando desconfianças, ansiedades e negação (Neves & Pacheco, 2004). Tal como refere Coelho (2011), o enfermeiro deve desenvolver a capacidade de escuta no sentido de ajudar a pessoa e família a descobrir novas estratégias de lidar com os seus problemas e a gerir os seus sentimentos e deve ter presente que cada pessoa é única.

Ao longo dos ensinamentos clínicos tive alguns utentes de quem cuidei que recusaram a realização do plano de reabilitação, mesmo após a explicação da sua

importância e dos seus benefícios. Pelo que respeitei o princípio de autonomia, dignidade humana e liberdade na tomada de decisão da pessoa em relação ao seu estado de saúde.

Informei os utentes e família sobre a prevenção de riscos e a manutenção de comportamentos saudáveis e validei as informações fornecidas.

Procurei promover a autonomia da pessoa, conservando a sua dignidade, tendo por base os princípios éticos da não-maleficência, beneficência e justiça.

## **B – Domínio da melhoria da qualidade**

Para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente foram importantes as atividades desenvolvidas nos locais de estágio. Para que haja uma melhoria ou manutenção de qualidade dos cuidados prestados é fundamental ter um suporte de conhecimentos científicos e atualizados como refere a OE (2014).

Para a promoção de um ambiente seguro e promoção da saúde, foi importante a integração nas equipas, tendo sido importante conhecer a dinâmica, organização, normas e protocolos de cada local de estágio. Permitiu a tomada de conhecimentos e a participar nos projetos institucionalizados na área da qualidade, tais como a prevenção de infeções associadas, úlceras de pressão e quedas, indicadores da qualidade dos cuidados e de prevenção de lesões musculoesqueléticas por parte dos profissionais.

Para a melhoria da qualidade é importante abordar a lavagem das mãos, existindo, mesmo, uma campanha mundial que está implementada em todas as instituições de saúde com o objetivo de prevenir infeções (WHO, 2009), algo que tive sempre em atenção. No domicílio, quando as condições higiénicas se revelavam duvidosas, recorria ao desinfetante.

A instrução/educação é essencial para evitar comportamentos de risco, promover a adesão à saúde e prevenir acidentes (quedas, aparecimento de úlceras de pressão). Para a prevenção de quedas, sempre que era realizado ensino de treino de marcha, era alertado o utente e família para que fossem retirados tapetes ou carpetes ou que estas fossem bem fixas ao chão, não andar sobre o chão molhado e ter especial atenção quando saíssem do banho, incentivado ao uso de calçado confortável, antiderrapante e fechado e para a remoção de objetos que prejudicassem a marcha. A maioria dos utentes compreenderam a informação transmitida e a sua

importância, adotando as sugestões, não se verificando quedas durante a realização dos ensinamentos. Para minimizar os riscos e manter um ambiente seguro na prestação de cuidados, adequiei os dispositivos de marcha e os produtos de apoio a cada pessoa e relativamente ao uso de cadeira de rodas, orientei e alertei para a importância de travar sempre que esta esteja parada, colocar as rodas dianteiras para a frente para aumentar a base de sustentação, entre outras intervenções.

Relativamente à integridade da pele foram alertados os utentes e prestadores de cuidados para o posicionamento adequado, promover a utilização de equipamento adequado para a prevenção de úlceras de pressão como a utilização de colchões de alívio de pressão e almofadas de gel ou de alvéolos a nível da cadeira de rodas e cuidados com a alimentação/hidratação adequados às necessidades de cada pessoa.

Por exercer a minha atividade laboral concomitante com os ensinamentos clínicos e estes exigirem pesquisas constantes e realização de trabalho escrito, potenciou um grande desgaste físico. Houve alturas em que me sentia cansada, sem forças e com dores musculares resultantes da atividade como enfermeira, o que fez com que ficasse mais desperta para a minha postura ergonómica. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007), os enfermeiros são um dos grupos profissionais com maior incidência de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho, devido as tarefas de mobilização dos utentes. Esta preocupação reforçou o sentido crítico sobre as posturas que teria que adotar, culminando com uma reflexão escrita e atingi o meu objetivo de conciliar a atividade profissional, e académica, sem danos físicos ou lesões músculo-esqueléticas. Alertei também os utentes e os familiares para as posturas a serem adotadas no sentido de prevenir acidentes músculo-esqueléticos e reduzir a sobrecarga física de quem cuida (OE, 2013).

Ao realizar o estágio de observação deparei-me com a escassa utilização de escalas. Tratando-se de um instrumento fundamental para a enfermagem de reabilitação, para a avaliação, individualização e manifestação das reais e potenciais alterações da pessoa a ser cuidada e demonstração de ganhos em saúde, informei a equipa de enfermagem sobre a importância da sua utilização e dei conhecimento do documento da OE (2016) 'Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação'. As únicas escalas usadas eram a de *Morse*, para avaliar o risco de queda, a *Braden*, para avaliar o risco de úlceras de pressão e a EVA, para avaliar a dor. Os EEER a quem foi fornecida a

informação tiveram uma reação positiva e referiram ter sido uma boa informação e que futuramente iriam aplicar novas escalas, mas até ao final do estágio não houve iniciativa de introduzir novos elementos de avaliação para a melhoria dos cuidados.

Para a continuidade dos cuidados foi importante o envolvimento da família, da restante equipa e principalmente da pessoa na participação do plano de reabilitação, através da partilha de informações e de estratégias, incentivar a autonomia, estabelecimento de objetivos atingíveis e de uma relação terapêutica. Os registos rigorosos e precisos também são essenciais para essa continuidade de cuidados.

### **C – Domínio da gestão dos cuidados**

Para a aquisição deste domínio foram importantes as reuniões interdisciplinares onde participei, bem como ter conhecimento sobre o funcionamento de cada equipa e o estabelecimento de uma boa relação interpessoal com todos os seus elementos. Neste sentido mantive uma postura calma e serena com todos os elementos da equipa assim como com o utente e seus prestadores de cuidados.

O EEER é conhecido como um consultor pelos seus pares e pela pessoa cuidada no sentido em que fornece a informação e gere as suas expectativas, é um elemento de ligação e um supervisor da qualidade dos cuidados prestados. Assume um papel de gestor de cuidados através da gestão do tempo, dos recursos humanos e materiais (Hoeman, 2000, 2011; Leite & Faro, 2005).

A nível do estágio da comunidade foi observado a gestão de recursos no sentido em que são adaptadas estratégias para minimizar os gastos económicos e são personalizados os cuidados prestados, por exemplo em vez de usar um bastão, este era substituído por uma bengala ou um chapéu de chuva e em alternativa aos pesos ou halteres eram usadas garrafas cheias de águas. Para o treino da motricidade fina foram usados feijões, molas da roupa, suportes para a colocação das capsulas do café e desenhos para contornar com uma caneta. Estas intervenções de EEER permitem ajudar no treino de grafia e na reeducação de execução de movimentos finos, como a coordenação motora, a preensão e a destreza manual, entre outros movimentos importante e habituais no dia a dia dos utentes.

Tive a oportunidade de realizar ensinamentos aos prestadores de cuidados de modo a dar continuidade aos cuidados prestados com o objetivo de maximizar e/ou a manter o estado de saúde da pessoa, (realizar e incentivar a alternância de decúbitos,

manutenção da pele seca e hidratada, realização de reforço hídrico, treino de mobilizações, entre outras atividades), de forma a promover a qualidade de vida do utente, e o seu estado funcionar e a prevenir o aparecimento de úlceras de pressão.

A nível hospitalar o questionamento e a reflexão que a enfermeira orientadora suscitou, deu-me uma maior segurança em todas as intervenções que realizei e permitiu atingir as competências de avaliação e priorização dos cuidados de EEER. Neste ensino clínico, enfermeiros generalistas e o fisioterapeuta solicitaram o meu apoio, no treino de marcha ou na avaliação de uma determinada situação, no sentido de prestar cuidados de qualidade. O que me reforça a importância de trabalhar em parceria e em prol do utente, assim como a importância e o valor que tem o EEER.

Enquanto gestora de caso tive a oportunidade de orientar a equipa de enfermagem para dar continuidade aos cuidados, por exemplo na estimulação do uso do espirómetro de incentivo nos utentes pós cirúrgicos, uma vez que promove a expansão pulmonar (Heitor et al., 1988).

#### **D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

A minha aprendizagem foi organizada no sentido de estagiar em três vertentes: comunidade, hospital e centro de reabilitação no sentido de desenvolver competências nas diferentes áreas dos cuidados de reabilitação e contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos específicos sobre as temáticas deste trabalho.

No estágio comunitário tive a oportunidade de assistir a um simpósio de neurologia e adquirir novos conhecimentos como a existência de vários materiais que podem ser utilizados nas casas das pessoas com mobilidade reduzida e a importância do uso de escalas para a demonstração dos cuidados, benefícios e ganhos em saúde da intervenção do EEER. Outra das situações importantes para a minha aprendizagem como EEER foi a ida a uma loja de materiais de apoio. Além do conhecimento sobre a variedade de materiais e dispositivos de apoio, alguns desconhecidos para mim, o custo relativo aos mesmos permitiu-me uma noção mais realista a quando da próxima orientação ao utente e família. A ação de formação realizada no primeiro dia do estágio hospitalar também foi muito importante para prestar os melhores cuidados à pessoa com LVM, no sentido em que foram lembrados os cuidados a ter, tive contacto pela primeira vez com o plano inclinado e foi instruída de como colocar um colar cervical e quais os seus cuidados.

Como mencionado anteriormente no objetivo 1, ao longo destas etapas realizei pesquisas bibliográficas e recorri à opinião de profissionais especializados na área, com o intuito de participar na tomada de decisão baseada em conhecimentos científicos atualizados e em dar a melhor resposta às necessidades dos utentes.

A elaboração dos planos de cuidados e de reflexões semanais sobre os cuidados de enfermagem prestados segundo os princípios do *Ciclo de Gibbs* foram importantes para demonstrar a aquisição das competências de EEER, tal como todo o suporte fornecido pela professora orientadora e pelos orientadores de estágio, que promoveram o aumento de conhecimentos científicos.

Ao ter sugerido o uso de novas escalas a nível do estágio de observação e a introdução da escala de *Borg* modificada no hospital, assim como em todos os locais de estágio desmistificar o significado de ‘atividade física` considero ter contribuído para o desenvolvimento competências dos enfermeiros.

O estabelecimento de uma relação terapêutica entre profissionais e com o utente e família potenciam a assertividade. Num jornal de aprendizagem relato uma situação de uma mãe que é a principal cuidadora do filho e que tem bastante necessidade de falar e onde refleti sobre a importância da descodificação e perceção de sinais, gestos ou expressões corporais e faciais, que podem significar angústia ou *stress*, permitindo-me desenvolver a minha capacidade de escuta (Alvarez, Teixeira, Branco & Machado, 2013; Phaneuf, 2005). Phaneuf (2005, p.23) afirma que a comunicação “transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”.

No regulamento das competências específicas do EEER encontram-se descritas as três competências que são:

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

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

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A competência **J1** subdivide-se em quatro subcategorias<sup>1</sup>, que se encontram relacionadas com as várias etapas do processo de enfermagem, que é evidenciado com a elaboração dos planos de cuidados presentes no apêndice IV.

J1.1. A avaliação é a etapa inicial no processo de enfermagem e é crucial para a realização de um plano de ação. No início do primeiro ensino clínico foi realizada através da observação da enfermeira orientadora e de seguida era discutido entre ambas as necessidades de cada pessoa. Gradualmente, sempre sob a supervisão das orientadoras, essa avaliação passou a ser elaborada por mim através de entrevista semiestruturada com o intuito de obter informações sobre o utente, profissão e habilitações académicas, suporte familiar, condições habitacionais e de acesso, condições socioeconómicas e sociodemográficas, história e antecedentes pessoais, fatores de risco, medicação, sendo completada com o exame físico. Consultei também os processos clínicos para a obtenção da história clínica e dos exames complementares de diagnóstico, no sentido de obter o máximo de informação.

O exame neurológico surgiu seguidamente, para conhecer melhor o utente e planear os cuidados de enfermagem de reabilitação, assim como as metas a serem atingidas. Embora não se consiga estabelecer fronteiras claras entre o início da entrevista e a avaliação neurológica, já que para responder às questões para o histórico de enfermagem, era possível também alguma avaliação do estado mental. Para a realização do exame neurológico e para a elaboração no plano de cuidados senti necessidade de produzir uma estrutura de avaliação neurológica, devido a ser muito extenso e complexo, que foi sendo reformulada e adaptada ao longo dos ensinamentos clínicos. Esta avaliação foi feita gradualmente para não cansar o utente e muitas vezes sem este perceber que estava a ser avaliado, no sentido de obter uma colheita de dados o mais fidedigna possível. Segundo a literatura, a avaliação deve ter uma linguagem universal, ser simples e rápida no sentido de não diminuir a participação do utente nem enviesar os resultados, pelo que sempre que possível

---

<sup>1</sup> J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade.

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e auto-cuidado 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.

foram usadas escalas de avaliação como a escala de *Glasgow*, a de avaliação de força muscular do *Medical Research Council* ou a *Lower*, a de *Ashworth*, a EVA, a *Borg* modificada, a *Morse*, a *Braden*, a *Barthel*, a ASIA e a MIF o que facilita a monitorização da evolução do utente e dos ganhos em saúde (OE, 2004). Esta avaliação contempla várias áreas como a consciência, orientação, atenção, memória, linguagem, pares cranianos, força muscular, tónus muscular, coordenação motora, amplitude articular, sensibilidade, equilíbrio e marcha.

A avaliação do estado neurológico e funcional da pessoa fez com que a monitorização fosse mais objetiva, deu mais visibilidade à evolução e/ou manutenção do estado de saúde, bem como evidenciou os ganhos em saúde. Com estes instrumentos foi mais fácil identificar os problemas, determinar os objetivos concretizáveis e planear as intervenções de enfermagem.

Ao longo dos ensinamentos clínicos desenvolvi progressivamente a minha capacidade de observação, estando mais alerta para fatores que podem influenciar a saúde da pessoa, e também achei benéfico ter passado primeiro pela comunidade e posteriormente pelo meio hospitalar devido a preparar a alta tendo em consideração a realidade objetiva, nomeadamente, ter em conta a estrutura e organização da casa dos utentes, por exemplo a preparação do levantar do leito, entre outras intervenções.

No estágio hospitalar foi dado conhecimento da escala de *Borg* modificada aos EEER do serviço, em virtude de terem pessoas com patologia respiratória ao seu cuidado e da avaliação da dispneia ser relevante nos cuidados de reabilitação. Os EEER deste serviço desconheciam esta escala e não avaliavam a dispneia.

J1.2. O planeamento das intervenções era discutido sempre com a enfermeira orientadora, e como com o utente e sua família, sempre que possível, sendo estes planos exequíveis de sofrer alterações, relacionadas por exemplo com a alteração do estado de saúde e escolhas do utente. J1.3. As implementações das intervenções planeadas, tal como descrito anteriormente, foram orientadas segundo os sistemas de enfermagem de Orem. Este planeamento atuou sempre de forma a estimular a capacitação para o autocuidado e a reeducação das funções alteradas, bem como a sua manutenção. Todos os planos realizados foram elaborados de forma individualizada, tendo por base os cuidados centrados na pessoa, respeitando as limitações, escolhas/necessidades e capacidades de cada utente.

O estágio comunitário decorreu em ambiente domiciliário e onde eram realizados planos de cuidados a médio e longo prazo devido aos cuidados prestados serem duas a três vezes por semana com duração de mais de dois meses. Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar três avaliações iniciais e duas notas de alta. Tratava-se de uma população maioritariamente idosa com doenças crónicas, apesar de também incluírem situações de cuidados a duas crianças gémeas com problemas respiratórios. A nível hospitalar os planos de cuidados têm de ser a curto prazo devido aos internamentos serem de cerca de uma semana a um mês. Por outro lado, os utentes com paraplegia ou tetraplegia são transferidos para outras instituições, pelo que é muito importante a nota de alta do EEER para que existia uma continuidade do plano de cuidados através da transmissão de informações pertinentes para promover a realização de boas práticas.

É evidente a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, bem como, o EEER ser capaz de realizar um diagnóstico precoce e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, a prevenir complicações e evitar incapacidades. O EEER tem que implementar intervenções terapêuticas, no sentido de melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, promover a satisfação da pessoa e preservar a sua autoestima, (OE, 2010b), o que foi evidente em todos os ensinamentos clínicos.

Nascimento e Silva (2007), Rocha (2014) e Tsang et al. (2015) verificaram que um plano de reabilitação para utentes com LVM, que agregue a prática de atividade física, apresenta melhorias nos parâmetros cardiorrespiratórios, na capacidade de realização das AVD e na promoção do bem-estar físico e social, diminui complicações clínicas (como a dor, úlceras de pressão e espasticidade) e melhora a qualidade de vida. Por esse motivo, incluí a atividade física no plano de reabilitação de todos os utentes a quem prestei cuidados, através de mobilizações passivas, ativa-assistidas, ativas e ativas resistidas de todos os segmentos e articulações do corpo, consoante a especificidade de cada utente e da avaliação feita previamente.

As mobilizações foram efetuadas bilateralmente de forma suave, lenta, tendo sido aumentada gradualmente e a respeitar toda a amplitude articular (nunca ultrapassando o limite da dor). Foi pedido ao utente para participar dentro das suas capacidades e para observar e pensar no movimento para se consciencializar do

mesmo, uma vez que segundo Kottke (1994), o sistema nervoso central necessita de receber várias vezes a mesma informação para as tornar funcionais. Por outro lado, os exercícios foram repetidos várias vezes, consoante a tolerância de cada utente no sentido de formar engramas e estimular a neuroplasticidade. Segundo o mesmo autor, os programas devem conter tantas repetições quanto possíveis, devido a serem necessárias centenas de milhares de repetições para a formação de engramas. Segundo a bibliografia, para que ocorra desenvolvimento muscular são necessárias pelo menos 10 repetições.

A espasticidade pode ser benéfica ou prejudicial. Existem casos em que a espasticidade é benéfica para a realização de algumas AVD devido a proporcionar estabilidade reflexa de joelho na bipedestação, esvazia a bexiga e mantem a densidade óssea, por outro lado pode impedir o utente de ficar sentado, dificultar as transferências e não sustem a urina na bexiga (Freed, 1994). Ao longo do ensino clínico contatei que a espasticidade diminui após os cuidados de higiene, tendo usado esta estratégia para trabalhar utentes com elevado grau de espasticidade.

Durante as sessões de reabilitação era proporcionado um ambiente calmo e procurou-se minimizar os estímulos externos, o que nem sempre foi fácil, pelo facto de a pessoa estar inserida numa unidade de internamento com várias camas e conseqüentemente, com outros utentes, bem como a utilização dos meios de comunicação (televisão, rádio), como forma de lazer. No entanto, após negociação foi sempre possível que tal acontecesse. Esta atuação foi importante no sentido de conseguir obter o máximo de concentração, participação do utente de forma mais correta nas sessões de reabilitação e de conseguir estabelecer uma boa relação terapêutica. No final das sessões o utente era posicionado e deixado confortável.

Ao longo das sessões de RFM também foram instruídas e realizadas atividades terapêuticas, consoante as limitações e capacidades da pessoa, como o rolar, a rotação da anca e a ponte, exercícios que segundo Menoita (2012), promovem o autocuidado, controla e inibe a espasticidade, favorece o alinhamento corporal, estimula a sensibilidade, estimula a ação voluntária dos músculos do tronco do lado mais afetado, ajuda na alternância de decúbitos e prepara o levante, uma vez que fortalece os músculos da coxa, grandes glúteos e musculatura abdominal.

O promover da automobilização (mobilizações sem ajuda) nos utentes com limitações da mobilidade devido a alterações neurológicas, quer da medula, quer a

nível central, teve como objetivo evitar as contraturas e atrofias musculares, manter ou aumentar o tônus, a força e a função muscular (Hoeman, 2000). Esta mobilização não exige muitos meios, devido aos utentes poderem executá-los ao longo do dia. No entanto, é necessário manter a motivação da pessoa para a sua reabilitação e supervisionar as automobilizações, avaliando se estão a ser feitas corretamente, através, do fortalecimento da relação terapêutica, do reforço positivo e de negociação de objetivos reais e atingíveis.

A carga no cotovelo aumenta o tônus muscular, estimula os reflexos cervicais, controla o movimento da cabeça, estimula a sensibilidade profunda, estimula a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e prepara para a posição de sentado (Menoita, 2012), sendo um exercício usado para os utentes hemiplégicos e operados a nível da coluna, razão pela qual foi uma técnica usada a nível hospitalar na preparação para o levante e na comunidade em utentes com sequelas de AVC.

Os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, têm como objetivo reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco e preparar para a marcha (Menoita, 2012). O levante e transferência ao longo dos ensinos clínicos foram realizados com e sem recurso a dispositivos de apoio (tábua de transferência e elevador elétrico). A mudança da posição ortostática/sentado para a cama resulta numa redução da capacidade vital em 2%, de 7% na capacidade pulmonar total, de 19% no volume residual e de 30% na capacidade residual funcional (OE, 2013), além disso o levante melhora o sistema cardiovascular, gastrointestinal e a mobilidade. O treino de transferência, em utentes sem paraplegias ajuda na preparação para a marcha e melhora o equilíbrio estático e dinâmico de pé, como foi evidenciado no plano de cuidados do Sr. C.

O treino de marcha foi algo que trabalhei muito a nível da comunidade, mas que a nível hospitalar criou-me um sentimento de insatisfação por ser uma técnica pouco trabalhada, não permitindo aos utentes saírem preparados para o domicílio, por esse motivo, a reflexão que desenvolvi sobre esta situação, concretizou-se num jornal de aprendizagem. O facto de se tratar de um serviço de apoio à urgência e de muitos dos utentes terem alta no mesmo dia em que é realizado o primeiro levante contribui para esta lacuna. Segundo Petronilho (2007), cada vez mais o regresso a casa é precoce e os internamentos são mais curtos, não dando espaço para a total

recuperação dos utentes e existe uma diminuição de oportunidades para os enfermeiros realizarem ensinamentos antes dos utentes terem alta hospitalar.

Tal como refere Hoeman (2011), as alterações na marcha requerem que a equipa interdisciplinar avalie a mobilidade e desenvolva um plano para treinar e fortalecer os músculos, os ligamentos e os tendões. A escolha e o uso apropriado dos apoios de marcha também são muito importantes para a reabilitação da pessoa como para a prevenção de riscos. Este treino tem como objetivo promover a independência a nível da locomoção e readquirir um padrão automático perdido.

No hospital, foi utilizado o plano inclinado e foi possível observar a utilização do *standing frame* em utentes com mobilidade comprometida. O levante deve ser realizado de forma gradual, para que ocorra um treino do controle da pressão sanguínea (pois muitos desses utentes têm tendência para a hipotensão) e realizado treino progressivo dos engramas para assegurar o equilíbrio antigravitacional (Henriques & Fumincelli, 2017; Kottke, 1994) pelo que o recurso ao plano inclinado é bastante benéfico. Segundo a OE (2009b) os objetivos do plano inclinado são: melhorar a circulação arterio-venosa, preparar a pessoa para o levante e/ou para assumir a posição de pé, permitir e facilitar a realização de atividades, melhorar a autoestima, melhorar a função respiratória, facilitar a eliminação vesical e intestinal, promover a inibição da atrofia muscular, do pé equino e da espasticidade e prevenir a osteoporose. “Antes de iniciar levante para a cadeira de rodas ou cadeirão, deve colocar-se a pessoa em pé passivamente, fazer-se plano inclinado para preparar o sistema cardiovascular face às diferentes exigências circulatórias entre a posição de deitado e a erecta.” (OE, 2009b, p.110).

A nível hospital tive a meu cuidado o Sr. T. de 41 anos com antecedentes pessoais de laminectomia e foraminotomia L3/L4 e L4/L5 que deu entrada devido a lombocitalgia esquerda para estudo, encontrando-se em repouso com a cabeceira baixa e apresentava lipotímias a quando a realização das tentativas de levante. Por esta razão foi sugerido a realização de levante gradual com recurso ao plano inclinado. O utente demonstrou alegria e ao mesmo tempo ansiedade por voltar a adquirir uma posição mais vertical. No dia seguinte conseguiu realizar levante sem intercorrências. “A adaptação ao ortostatismo é fundamental em pessoas que permaneçam no leito por longos períodos de tempo” (OE, 2009b, p. 110).

Com a avaliação dos pares cranianos, e no caso do Sr. V. com a detecção de alterações a nível do VII par craniano (facial) com presença de apagamento do sulco nasogeniano e desvio da comissura labial para o lado lesado, instruí, treinei e supervisionei o utente para a reeducação da musculatura facial, fornecendo um folheto de apoio com os exercícios que o utente devia realizar em frente de um espelho duas vezes por dia. Estas intervenções ajudaram a melhorar a motricidade facial e a recuperar praticamente a simetria facial, melhorando a autoestima, uma vez que passou a sorrir mais vezes.

Nos utentes com LVM é essencial saber que consoante o nível de lesão existem músculos respiratórios que vão ser afetados. Segundo a literatura o diafragma é innervado de C2 a C4, os músculos intercostais de T2 a T12 e os músculos abdominais de T6 a L1. Nos utentes com tetraplegia devido à falta de musculatura abdominal a tosse vai ser ineficaz o que pode provocar acumulação de secreções que leva ao aparecimento de atelectasias.

Como descrito no objetivo 5 foram implementadas várias intervenções referentes à reeducação funcional respiratória e ao longo dos estágios treinei e interpretei exames auxiliares de diagnóstico, especificamente a nível radiológico, e a auscultação pulmonar. Por não ter tido contacto com muitas patologias respiratórias, ainda sinto alguma dificuldade em detetar os diferentes ruídos adventícios devido a auscultação exigir muito treino, por essa razão contei com partilha de conhecimentos das enfermeiras orientadoras e no meu local de trabalho sempre que possível peço apoio à equipa médica para treinar.

Nas secções de RFR do Sr. R.V. de 47 anos de idade com esclerose múltipla com tetraparésia espástica, dependente de oxigénio e a residir no domicílio era realizado treino de relaxamento e consciencialização dos tempos respiratórios, de reeducação diafragmática global e da hemicúpula esquerda e direita e foi instruído para a correção postural, no sentido de corrigir defeitos posturais que causem defeitos na oxigenação pulmonar. Recorri ao uso do “espirómetro de incentivo” para melhorar a expansão pulmonar e restabelecer a função diafragmática e tentei que o utente realizasse reeducação diafragmática com resistência com a utilização de um saco de areia. Contudo, como o utente recusou, recorri à resistência manual, de modo a atingir o objetivo planeado de fortalecer o diafragma e a musculatura abdominal e melhorar a resistência à fadiga (Hoeman, 2000). Por vezes este utente apresentava roncos à

auscultação e pedia para ser aspirado. Foi alertado para evitar a aspiração sempre que possível por se tratar de uma técnica de risco devido a ser invasiva e poder causar traumatismo hemorrágico, broncoespasmo, hipoxemia e arritmias (Cordeiro & Menoita, 2012). Foi instruído e executado técnicas menos invasivas como a realização de dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração, reeducação diafragmática, abertura costal global e seletiva, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão), fluidificação de secreções através de reforço hídrico, levante diário sempre que possível e instruído sobre a tosse assistida, tendo sido eficaz.

J1.4. A avaliação dos resultados obtidos foi realizada com recurso a escalas de avaliação, como descrito anteriormente e a registos de enfermagem no processo dos utentes. Esta avaliação é indispensável para a apreciação dos ganhos em saúde, bem como, para avaliar as necessidades de mudança do plano e é o instrumento que dá mais visibilidade à nossa intervenção. Na comunidade, a avaliação das escalas é realizada mensalmente na plataforma o que dá visibilidade aos cuidados prestados. Em ambiente hospitalar, os ganhos em saúde são difíceis de contabilizar devido aos registos do EEER serem realizadas em notas gerais, tratando-se de um texto corrido, à exceção da ASIA e da MIF, que ainda são realizadas em suporte de papel permitindo visualizar a evolução do utente.

Segundo Sousa (2006), a informação contida no processo deve ser correta, dar pouco trabalho para se ter acesso à mesma, ser feita numa linguagem comum e ser relevante para a prática clínica. Hoje em dia a CIPE é usada na maioria das instituições, mas ainda continuam a existir casos em que não é utilizada. A ausência ou insuficiência de registos pode induzir a erros, comprometer os cuidados prestados ao utente, prejudicar a investigação e a formação e não demonstra a visibilidade do papel do enfermeiro. Os registos são essenciais para a tomada de decisão e são um dever ético e legal registar com objetividade e o máximo rigor.

A formação, a investigação, a promoção da saúde, a prevenção e a prestação de cuidados são essenciais para a obtenção de ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde, 2015) o que evidencia a importância do trabalho realizado pelo EEER.

A análise e reflexão dos resultados obtidos permite reestruturar e melhorar os cuidados prestados e persuadir para a introdução de mudanças nas políticas e estratégias em saúde (OE, 2011).

Para atingir a competência **J2** em todos os ensinamentos clínicos foi possível treinar as AVD nomeadamente marcha, levantar/transferência, equilíbrio, vestir e despir, alimentação e higiene e conforto, no sentido de capacitar a pessoa com dependência, e em muitos dos casos foram usados produtos de apoio e realizados os respetivos ensinamentos sobre a sua utilização no sentido de promover a independência da pessoa.

Tanto na comunidade como no hospital, instruí vários utentes sobre o uso de dispositivos de apoio como andador, tripé, canadianas, bengala ou cadeira de rodas, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa para poderem usufruir de maior mobilidade e facilitar a socialização.

A nível hospitalar, por exemplo, quando tive a meu cuidado o Sr. C. com síndrome do cordão central e com descoordenação e diminuição da força a nível dos membros superiores, foi utilizada uma bolsa palmar para a colocação dos talheres o que fez com que o utente se tornasse independente na alimentação. Neste caso, também foi possível observar a importância da atividade física e da promoção da RFM no sentido de melhorar a mobilidade, a força e a coordenação o que permitiu executar o treino de AVD como a alimentação e a higiene, verificando que a melhoria muscular promove as respetivas funcionalidades, como é evidenciado por diversos autores (Faria, Machala, Dias & Dias, 2003; Costa et al., 2008; Devillard et al., 2007; Finley et al., 2002).

Citando Garcia (2014, p.69), “o processo de reabilitação de uma pessoa com LVM compreende um treino intensivo de diversas técnicas de reabilitação e promoção do autocuidado que se complementam e potenciam mutuamente.” O EEER com base nas capacidades de cada utente e na prática baseada na evidência, toma decisões no sentido de maximizar a autonomia e a qualidade de vida da pessoa a ser tratada, com o intuito do exercício de uma enfermagem avançada. A autonomia está relacionada com a capacidade de decisão e não de execução. O enfermeiro tal como anteriormente foi referido tem o direito de informar e esclarecer o utente para que este seja detentor de capacidades para a tomada de decisões (Cabete, 2012).

O treino da motricidade fina no Sr. V. também foi muito importante para este se tornar independente a nível da AVD vestir/despir e alimentação, conseguindo no final do estágio abotoar os botões da roupa, fechar os fechos, pegar nos talheres corretamente e cortar os alimentos sem desperdiçar comida. Por outro lado, também orientei o utente e família a adaptar o vestuário, no sentido de usar roupas mais largas

e confortáveis (tipo fato de treino) e a vestir primeiro o lado lesado e posteriormente o outro e a despir fazer o oposto. No hospital também tinha o cuidado de informar o utente e família para trazerem roupa mais larga, para facilitar o vestir e despir e em utentes com tetraplegia ou paraplegia a arranjamem sapatos com dois números superiores ao tamanho que anteriormente usava, serem leves, confortáveis e sem costuras internas para prevenir o aparecimento de feridas, devido à ausência de sensibilidade.

No decorrer do estágio da comunidade, verifiquei a existência de muitas barreiras arquitetónicas, que constituem um grande obstáculo para a mobilidade da pessoa com dependência. Quando realizei as visitas domiciliárias observei a presença de degraus antes do acesso ao elevador, a falta de rampas de acesso aos prédios, escadas estreitas e com degraus altos, espaços pequenos que dificultam a mobilidade ou impedem a circulação de cadeira de rodas.

O decreto-lei 163/2006, de 08 de agosto, com as alterações introduzidas pelo decreto-lei nº 136/2014, de 09 de Setembro e pelo decreto-lei nº 125/2017, de 4 de outubro, impõe um conjunto de regras à construção de novas habitações e edifícios destinados à prestação de serviços e promove o combate às barreiras arquitetónicas na via pública e passeios com o objetivo de facilitar a vida às pessoas com mobilidade reduzida e a promover uma sociedade mais inclusiva onde todos, sem exceção, possam aceder aos mesmos recursos (edifícios habitacionais, edifícios e estabelecimentos que recebem público e vias públicas) em condições iguais. Na comunidade o Sr. V. residia num prédio com elevador, mas com alguns degraus de escadas até à rua. Por impossibilidade de serem realizadas obras foi capacitado o utente para que este conseguisse sair à rua com andarilho.

No centro de reabilitação observei que existe o cuidado, por parte de toda a equipa multidisciplinar, em adaptar as casas para os utentes com LVM, com o objetivo destes poderem regressar ao domicílio o mais rapidamente possível, permitir a mobilidade de cadeira de rodas e terem o máximo de autonomia. Por exemplo, uma das questões iniciais é saber como é o acesso ao domicílio, se possui casa própria e quais as suas características a fim de apurar a existência de eventuais barreiras arquitetónicas. No estágio hospitalar, por minha iniciativa, procurei fazer o despiste relativamente às condições de mobilidade existentes na habitação dos utentes. Os utentes a quem prestei cuidados diretos, com lesões completas não apresentavam

barreiras arquitetônicas visíveis, residindo em casas com elevador ou térreas. Pelo que me apercebi devido aos utentes serem transferidos para outra instituição antes de terem alta este processo só costuma ser iniciado na instituição seguinte.

O subcapítulo **J3** aborda a maximização da funcionalidade da pessoa, uma das principais intervenções do EEER.

Ao longo de todo o ensino clínico, como descrito até ao momento neste relatório, tive a oportunidade de conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino sensório-motor e cardiorrespiratório a utentes adultos com várias patologias a fim de maximizar a funcionalidade da pessoa. Tendo os planos de cuidados contribuído bastante para o desenvolvimento desta competência.

Para maximizar a funcionalidade da pessoa o EEER intervém através de ensinamentos, técnicas e exercícios, bem como é relevante salientar a importância do envolvimento de todos os elementos da equipa interdisciplinar (assistentes operacionais, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros generalistas entre outros) tal como da família. Como refere Menoita (2012, p.39) o êxito do processo de reabilitação “não depende de um conjunto de actos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida”.

Os utentes que sofrem de LVM, para além de tratamentos e de cuidados com o corpo, necessitam de ajuda para aceitarem a sua nova condição de saúde, para se adaptarem e encontrarem um equilíbrio emotivo que torne a sua vida aceitável. Citando Coelho (2011, p.220) “a forma de lidar com a doença e o sofrimento é um processo pessoal em que as medidas tomadas são aquelas que as pessoas consideram que as ajudam a evitar, aliviar ou mesmo superar o sofrimento”. Estas pessoas ficam com sentimentos de dependência, perturbação da imagem, baixa autoestima, sentimento de impotência, modificam a relação com os outros muitas vezes devido a barreiras arquitetônicas, tem que mudar os seus hábitos de vida e têm medo do futuro, algo que tem de ser muito trabalhado (Alvarez et al., 2013; Phaneuf, 2005). Ao longo dos diferentes estágios assisti utentes a verbalizarem “preferirem morrer a ficar assim”, algo que deve ser trabalhado não só pela parte médica e de psicologia, mas também pela parte de enfermagem, através de uma abordagem positiva, dinâmica, empática e realista, no sentido de trabalhar a aceitação da

mudança e da nova realidade, ou seja, da deficiência. Demonstrei aos utentes que por vezes podem fazer as mesmas coisas, mas de maneira diferente, promovi o máximo de autonomia dentro das suas possibilidades, ajudei a pessoa a verbalizar os seus sentimentos e chorar, a viver o momento e tentei que não se centrassem somente no futuro e intervim junto da família, pois esta também necessita de ser apoiada devido a receios, angustias e muitas incertezas.

Todas as minhas intervenções ao longo dos vários ensinamentos clínicos foram realizadas de forma personalizada e individualizada, tendo em conta as preferências, escolhas e necessidades de cada utente e da sua família com o objetivo de adaptar a pessoa à sua nova realidade e manter ou diminuir o seu grau de dependência com vista a melhorar a sua qualidade de vida.

No que respeita a aquisição das competências pretendidas e face ao meu desempenho durante os ensinamentos clínicos, a minha autoavaliação é de nível muito bom e em anexo apresento as avaliações elaboradas pelas enfermeiras orientadoras (anexo II). A nível da comunidade depois de ter terminado o estágio houve utentes que continuaram a questionar por mim à minha enfermeira orientadora no sentido de agradecer as minhas intervenções no processo de reabilitação, o que foi muito gratificante e um apoio positivo para continuar a prestar os melhores cuidados.

## 2. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

Ao longo do relatório evidenciei a importância do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM. “A reabilitação é uma intervenção activa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida” (Hoeman, 2011, p.1). Reabilitar é um processo contínuo e inclui todas as AVD. Não é a pessoa voltar a ser como era, mas sim adaptar a pessoa à sua nova situação de saúde.

Segundo a OE (2011b) é dever do EEER enquanto detentor de conhecimentos científicos e práticas específicas, a promoção do autocuidado, a prevenção de complicações, e a maximização das capacidades, tendo como finalidade a recuperação da máxima funcionalidade, a promoção e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. Os principais objetivos do EEER segundo Leite e Faro (2005) são a promoção da máxima independência da pessoa com LVM tendo em conta as suas limitações, a promoção e o incentivo do autocuidado através de instruções e treino e a preparação do utente para a vida social e familiar.

O caminho percorrido até ao momento teve pontos fortes, dificuldades e constrangimentos, e para esta avaliação vou recorrer a análise SWOT (*Strengths*: força; *Weaknesses*: fraquezas; *Opportunities*: oportunidades; *Threats*: ameaças).

Como pontos fortes há a referir o aumento de conhecimentos sobre as intervenções do EEER, sobre a especialidade de enfermagem de reabilitação e as suas competências, assim como o reconhecimento e valorização do trabalho de reabilitação pelos meus pares, entre outros profissionais. A passagem por três diferentes estágios promoveu um vasto leque de experiências e conhecimentos sobre a realidade do trabalho realizado nos diferentes locais.

A boa relação e interação com os orientadores e restante equipa interdisciplinar também contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e competências, assim como para a construção do meu perfil como futura EEER. Tal como, a disponibilidade, a partilha de sugestões, correções e de conhecimentos, a motivação e o reforço positivo transmitido em momentos de desânimo por parte da professora orientadora.

Como fraquezas há a salientar a falta de tempo e disponibilidade para com as pessoas significativas (amigos/família) e as dificuldades sentidas na conciliação da vida profissional, académica, social e pessoal, devido a elevada carga horária, motivado pela incerteza da realização do terceiro estágio, o facto deste estágio ser

afastado do meu local de residência e à incompatibilidade de horário no final do segundo estágio, o que provocou momentos de apreensão, receio e angústia. Todavia, o ter aprendido a gerir o tempo para a elaboração de todas as atividades planeadas acabou por se tornar um fator positivo.

Como oportunidade há a salientar o facto dos estágios (hospitalar e comunidade) ter possibilitado uma experiência rica para o relatório e a elaboração de uma recensão crítica.

Outro motivo foi o de ter constatado a pouca autonomia dos EEER, bem como a escassez dos cuidados específicos em enfermagem de reabilitação no estágio de observação. Aprender com EEER em que o seu papel se encontra muito diluído na equipa de cuidados, traduzindo-se numa desvalorização desses cuidados pelos próprios utentes, tornou-se um desafio constante para que alguns destes participassem nas intervenções de EEER sugeridas (apêndice VII).

Inicialmente, os cuidados específicos a ter com a pessoa com LVM e com patologia ortopédica também foram uma oportunidade, por serem vertentes pouco trabalhadas no meu local de trabalho, mas facilmente foram superadas através de pesquisas realizadas, assim como o recorrer à enfermeira orientadora. Outra incitação foi o de conseguir desmistificação o conceito nem sempre correto `atividade física`, e contribuir para uma melhoria dos cuidados.

O desafio final foi a elaboração desde relatório no sentido de conseguir transmitir o máximo de aprendizagens efetuadas ao longo dos ensinamentos clínicos de forma sucinta e com carácter científico.

Como referido anteriormente uma das limitações sentidas foi a falta de conhecimentos e experiência na auscultação pulmonar e para colmatar esta falha contei com a experiências dos médicos do meu local de trabalho e com a partilha de conhecimentos das enfermeiras orientadoras.

Considero que tenho uma prática e intervenção diferente para com a pessoa com limitações, mais propriamente com LVM, no sentido que presto cuidados diferenciados e dou mais atenção a pormenores que anteriormente não dava. Adquiri um vasto conhecimento e aprendizagens devido à atenção da professora e dos enfermeiros orientadores, bem como um maior interesse e motivação relativamente a estes cuidados. Este despertar para novos conhecimentos e aprendizagens teve implicações na pesquisa bibliográfica, quer como fomentadora de mais

conhecimentos, quer como resposta às aprendizagens que fui obtendo. Em todas as situações, prestei os melhores cuidados e executei-os na forma mais correta para benefício da pessoa.

Com o objetivo de obter mais competências foram realizadas pesquisas, no sentido de dar resposta ao utente através de uma relação empática e da prestação de cuidados centrados na pessoa, o que contribuiu para aumentar a sua motivação e participação no processo de reabilitação. A construção deste processo, com a colaboração do utente, teve sempre em consideração objetivos realistas e atingíveis, bem como as preferências do mesmo, para minimizar e eliminar as complicações e maximizar as capacidades e a sua autonomia.

Devemos ter em consideração que as pessoas que sofrem de uma LVM apresentam uma perda e reagem de maneira diferente em função da sua personalidade, do meio físico (condições habitacionais) e humano (família, amigos e sociedade) em que estão inseridos. Existem pessoas que conseguem ultrapassar mais facilmente o trauma, outras que passam por todas as fases do luto e, ainda, as que apresentam muitas dificuldades em aceitar a mudança e que permanecem na fase de negação.

O EEER tem capacidade de liderança e de tomada de decisões e é gestor de caso baseado em conhecimentos científicos o que faz com que seja líder e o elemento de ligação com outros profissionais. A autonomia de decisão do EEER foi confirmada na UCC, onde a enfermeira é autónoma na escolha das intervenções a serem implementadas, mas também a nível hospitalar onde os cuidados do EEER são requisitados, quer pelos seus pares, quer por outros profissionais de saúde (médicos, entre outros), o que contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados.

As reflexões/jornais de aprendizagem ajudaram em muito a elaboração deste relatório, no sentido em que semanalmente fazia uma reflexão sobre acontecimentos, a prática de cuidados, análise de atitudes, sentimentos e comportamentos, facilitando a organização de ideias, permitindo a identificação das dificuldades, a pesquisa de novas estratégias para ultrapassar as mesmas, melhorar o desempenho e a aquisição de novos conhecimentos contribuindo para a reformulação da minha identidade como profissional.

Os planos de cuidados ajudaram a intervir o mais direcionado possível para uma determinada pessoa de forma individualizada. Tive o cuidado de articular a

prática com a teórica de enfermagem escolhida (Orem), fornecendo um suporte teórico-prático para o planeamento das intervenções, com o objetivo de promover o autocuidado da pessoa com limitações, mais propriamente com LVM.

A teoria do défice de autocuidado de Orem (2001) assume a pessoa como responsável pelo seu autocuidado e evidência quando há necessidade de intervenção por parte do enfermeiro.

Considero que tive um papel dinamizador na continuidade de cuidados através de ensinamentos realizados aos utentes e prestadores de cuidados e através dos registos realizados nas diversas plataformas informáticas de forma a preservar uma continuidade de cuidados e a melhorar os mesmos.

Com a elaboração deste relatório sugiro que a atividade física na pessoa com dependência permite ganhos em saúde na sua funcionalidade, promove o autocuidado, autonomia, o bem-estar social, aumenta a autoestima e diminui a incidência de complicações clínicas, como referem alguns dos autores da bibliografia consultada.

Também a motivação e a partilha de experiências parecem ser pontos-chaves para o sucesso da reabilitação como sugere Bastos (2014). A pessoa deve estar empenhada no seu plano de reabilitação e ter objetivos atingíveis, de forma a participar e a explorar todas as suas capacidades funcionais, para a obtenção de mais ganhos em saúde e por isso as intervenções devem ser adequadas a cada uma (Henriques & Fumincelli, 2017). Todavia, há que ter em consideração que estes utentes, nas várias fases de reabilitação, mantêm, por vezes, objetivos inalcançáveis, como o voltar a andar.

Constatei que a atividade física é difícil de ser avaliada com precisão por se tratar de um fenómeno multidimensional e que nos diferentes ensinamentos clínicos não usam escalas para a sua avaliação, referindo em registos a participação do utente, o esquema de exercício (número de séries e repetições, uso de resistência ou não, tipo de movimento) e a avaliação através da MIF.

A variedade de experiências nos diferentes locais de estágio e este relatório possibilitaram a mobilização de conhecimentos permitindo atingir todos os objetivos planeados no projeto e adquirir as competências específicas do EEER e tiveram um importante contributo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Relativamente a sugestões, proponho a elaboração de estudos de caso e ensaios clínicos que demonstrem a importância da atividade física na pessoa com LVM e de estudos epidemiológicos sobre pessoas com LVM, dado a existência de pouca evidência científica nestes domínios do conhecimento, particularmente no que respeita à enfermagem de reabilitação.

Muitos dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com LVM são específicos, sendo importante a sensibilização do EEER para o desenvolvimento de programas de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de promover o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas sujeitas a este tipo de lesão.

### **3. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS**

Concluo que as reflexões sobre a prática, quer escritas ou não, a fundamentação das mesmas e as evidências científicas, são fundamentais para a prática de Enfermagem de Reabilitação baseada na evidência/investigação, para promoverem cuidados de enfermagem de excelência.

Ao longo do estágio hospitalar, a equipa de enfermagem onde estive inserida como profissional começou a ver a minha presença como apoio a situações que para eles eram problemáticas, o que fez crescer um sentimento de plenitude e de respeito para com a enfermagem de reabilitação e a dar sentido a toda a “caminhada” e investimento que tenho dado para o meu desenvolvimento profissional.

Todo este percurso exigiu um esforço acrescido com o objetivo de atingir o sucesso desta nova e longa caminhada para a aquisição de competências como futura EEER. Compreendi a importância de saber justificar e de ter conhecimentos à cerca de todas as intervenções que executava, no sentido de conseguir realizar um plano de cuidados o mais individualizado possível e direcionado a cada utente que cuidava. Os cuidados a cada pessoa devem ser elaborados de forma individualizada o que pude constatar na prática e está sustentado pela bibliografia consultada. As necessidades de cada pessoa variam consoante o seu passado, presente e futuro, e que também é influenciado pela condição social, cultural, espiritual e económica, bem como pela sociedade e meio familiar em que está inserido.

Diariamente senti a necessidade de realizar pesquisas e trabalhos para poder fundamentar a minha prática diária. Tenho, também, a agradecer a todos os orientadores que me ajudaram neste percurso e que me esclareceram sempre que tinha alguma dúvida e a todos os utentes por terem participado nas atividades sugeridas.

A Enfermagem de Reabilitação tem como principal objetivo ajudar a pessoa dependente a adaptar-se a uma nova condição de saúde de modo a desempenhar as suas AVD de forma autónoma, tanto quanto possível, no sentido de promover o autocuidado e prevenir complicações, promover a manutenção, promoção do bem-estar e da qualidade de vida, maximizando das suas capacidades funcionais. “O campo de competências da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as limitações

ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes” (Collière, 1989, p.290).

No que respeita ao contexto de trabalho, pretendo colaborar na elaboração de um protocolo sobre mobilização precoce e desmame ventilatório em utentes internados da UCI, algo que está a ser implementado no meu serviço. Gostaria de participar em trabalho de investigação, dar visibilidade aos cuidados do EEER, elaborar artigos científicos que demonstrem a evidência do trabalho elaborado pelo EEER e, por outro lado, enveredar pela área do desporto, que ainda é pouco explorada pelo EEER e pela qual detenho uma grande paixão.

Apesar do apoio demonstrado pelos orientadores, professora, amigos e familiares, inicialmente este “caminho” parecia não ter fim, ser algo inatingível, mas com o passar do tempo e apesar de muitos momentos de desânimo, chego ao fim com uma sensação de alegria, bem-estar e de dever cumprido.

No final deste percurso sinto-me uma enfermeira diferente do que era antes de o iniciar. Amadureci em vários sentidos, tanto a nível pessoal e principalmente a nível profissional.

Este foi apenas o início de uma longa “caminhada” que pretendo realizar, pois ainda há muito a descobrir na área de Reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2007). Técnicas de mobilização de doentes para prevenir lesões músculo-esqueléticas na prevenção de cuidados de Saúde. *E-Facts*, (28). Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/e-facts/efact28/view>.

Alvarez, A., Teixeira, M. L., Branco, E. & Machado, W. (2013). Sentimento de clientes paraplégicos com lesão medular e cuidadores: implicações para o cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12 (4). 654-661. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i4.18107.

Alves, F., Sousa, M. R. & Pinto, M. (2001). Cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro medular. In J. Padilha, A. Cruz, V. Pinto, P. Queirós, F. Henriques, M. C. Alves, ... M. I. Costa. *Enfermagem em Neurologia* (pp.105 - 128). Coimbra: Formasau.

Amaral, M. T. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (3), 573-580. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300011)

American Spinal Injury Association. (2003) *Reference manual for the international standards for neurological classification of spinal cord injury*. Chicago: ASIA.

Anderson, K., Aito, S., Atkins, M., Biering-Sorensen, F., Charlifue, S., Curt, A. ... Cartz, A. (2008). Functional recovery measures for spinal cord injury: na evidence-based review for clinical practice and research. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31 (2), 133-144. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2578796/>.



Bastos, F. (2004). Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional. Faculdade de medicina do Porto. Dissertação de mestrado. Porto.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Boldt, C., Velstra, I., Brach, M., Linseisen, E. & Cieza, A. (2012). Nurses' intervention goal categories for persons with spinal cord injury based on the international classification of functioning, disability and health: an international Delphi survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (5), 1109-1124. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06100.x.

Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, p. 563-567. Doi: 10.4236/ojn.2013.38077.

Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people: An hermeneutic phenomenological research*, Germany: LAP Lambert Academic Publishing.

Caple, C. & Karakashian, A. (2017) Care plans: preparing. *Nursing practice & Skill*, acessado a 14/02/2017. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=4&sid=ea2b6a03-812d-4121-9940-a8196cc68b17%40sessionmgr103>.

Carvalho, Z. & Damasceno, M. (2003). *Viva bem com a sua lesão vertebro-medular: um guia prático*. (2ªed). Porto: Humbertipo.

Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 2 (100), 126-131. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>

Catz, A., Itzkovich, M., Tesio, L., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramée, M.T. ... Ronen, J. (2007). A multicentre international study on the spinal cord Independence measure, version III: rasch psychometric validation. *Spinal Cord*, 45, 275-291. Doi: 10.1038/sj.sc.3101960.

Coelho, J. (2011). Sofrimento e espiritualidade da pessoa com esclerose múltipla. Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento. Lisboa.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e Lidel.

Cordeiro, M.C. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Costa, A., Crispim, D., Madeira, J. & Mimoso, T. (2008). Exercício físico em utentes com lesão vertebro-medular. *ESSFisionline*, 4 (4), 40-59, disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n4.pdf>.

Cruz, A. (2007). Promoção de actividade física e prevenção de AVC. *Revista Sinais Vitais*, 75, 19-28.

Decreto-Lei nº 125/2017 de 4 de outubro (2017). Trabalho, solidariedade e segurança social. *Diário da República I Série*, Nº 192 (2017-10-04). 5592-5594.

Decreto-Lei nº 136/2014 de 9 de setembro (2014). Ministério do ambiente, ordenamento do território e energia. Diário da República I Série, Nº 173 (2014-09-09). 4809-4860.

Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto (2006). Ministério do trabalho e da solidariedade social. *Diário da República, I Série*, Nº152 (2006-08-08). 5670-5689.

Devillard, X., Rimaud, D., Roche, F. & Calmels, P. (2007). Effects of training programs for spinal cord injury. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50 (6), 480-498. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168605407001274?via%3Dihub>.

Direção Geral do Ensino Superior (2009). Quadro europeu de qualidade para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ), acessado a 21/01/2018, disponível em: [https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/brochura\\_qeq.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/brochura_qeq.pdf).

Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de saúde – revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde, acessado a 25/01/2018, disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>.

Faria, J., Machala, C., Dias, R. & Dias J. (2003). Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. *Acta Fisiátrica*, 10 (3),133-137.

Finley, M., Rodgers, M. & Keyser, R. (2002). Impact of physical exercise on controlling secondary conditions associated with spinal cord injury. *Neurology Report*, 26 (1), 21-31.

Freed, M. (1994). Lesões Traumáticas e congênitas da medula espinhal. In F. Kottke & J. Lehmann. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. (4ªed) (Vol.2, pp.709-738). São Paulo: Editora Manolo Ltda.

Garcia, C. (2014). *Conceção e avaliação de um instrumento vídeo sobre autocuidado e reabilitação em pessoas com lesão vertebro medular*. Universidade Católica Portuguesa, tese de doutoramento. Lisboa, disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16103/1/INSTRUMENTO%20V%C3%8DDEO%20SOBRE%20AUTOCUIDADO%20E%20REABILITA%C3%87%C3%83O%20EM%20PESSOAS%20COM%20LES%C3%83O%20V%C3%89RTEBRO%20MEDULAR.pdf>.

Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M., Olazabal, M. & Maia, M.O. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. (2ªed). Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Henriques, F. & Fumincelli, L. (2017). A pessoa com lesão medular. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. (coords) *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.433-450). Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. (2ªed). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ªed). Loures: Lusodidacta.

Kirshblum, S., Burns, S., Biering- Sorensen, F., Donovan, W., Graves, D., Jha, A. ... Waring, W. (2011). International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 34 (6), 535-546. Doi: 10.1179/204577211X13207446293695.

Kottke, F. (1994). Exercício terapêutico para desenvolvimento da coordenação neurológica. In F. Kottke & J. Lehmann. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. (4ªed) (Vol 1, pp. 439-465). São Paulo: Editora Manolo Ltda.

Leite, V. & Faro, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (1), 92-96. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100012>.

Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. & Barat, M. (1998) Spinal cord injuries– Epidemiology in Portugal`s central region. *Spinal Cord*, 36, 574-578. Doi: 10.1038/sj.sc.3100657.

McCormack, B.; McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.

Melo, A. C. (2009). Descrição da aptidão inicial para natação em lesionados medulares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15 (6), 441-445. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n6/a08v15n6.pdf>.

Meneguessi, G., Teixeira, J., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P. (2012). Rehabilitation in spinal cord: reflection on the applicability of the Orem`s self – care theory. *Journal of Nursing*, 6 (12), 3006-3012. Doi: 10.5205/reuol.2265-25464-1-LE.0612201218.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência.

Mota, D. (2014). *A enfermagem de reabilitação e a família no processo de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/enf%20reabilita%C3%A7%C3%A3ooutubro2014%20final%20-%20C%C3%B3pia.pdf>.

Nascimento, L. & Silva, S. (2007). Benefícios da atividade física sobre o sistema cardiorrespiratório, como também, na qualidade de vida de portadores de lesão medular: uma revisão. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 3 (1), 42-50. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/26>.

National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2017). *Spinal cord injury (SCI) facts and figures at a glance*. University of Alabama: Birmingham. Disponível em: <https://www.nscisc.uab.edu/Public/Facts%202016.pdf>.

Neves, M. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. ... Ribeiro, G. (2009). *Manual de Trauma*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Suplemento da revista Ordem dos Enfermeiros*. 13, 3-8.

Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Caderno Temático: modelo de desenvolvimento profissional – Sistema de individualizações das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Guia de boas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

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

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

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCER)*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

Petronilho, F. (2007) *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formação.

Petronilho, F., Magalhães, M. M., Machado, M. M. & Vieira, M. N. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais vitais*, 88, 41-47.

Perrenoud. P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Astmed Editora.

Phaneuf, C. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Rocchi, M., Routhier, F., Latimer-Cheung, A. E., Ginis, K., Noreau, L. & Sweet, S. (2017). Are adults with spinal cord injury meeting the spinal cord injury-specific physical activity guidelines? A look at a sample from a Canadian province. *Spinal Cord*, 55 (5), 454-459. Doi: 10.1038/sc.2016.181.

Rocha, K. (2014). *Nível de atividade física em pessoas com lesão vertebro-medular*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de mestrado. Coimbra.

Sartori, N. & Melo, M. (2002). Necessidades no hospital de lesado medular. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 35, 151-159. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2002/vol35n2/necessidades\\_cuidado\\_hospitala\\_lesado\\_medular.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2002/vol35n2/necessidades_cuidado_hospitala_lesado_medular.pdf).

Scheer, J., Ginis, K., Ditor, D., Goosey-Tolfrey, V., Hicks, A., West, C. & Wolfe, D. (2017). Effects of exercise on fitness and health of adults with spinal cord injury: a systematic review. *American Academy of Neurology*, 89 (7), 736-745. Doi 10.1212/WNL.0000000000004224.

Sharif-Alhoseini, M. & Rahimi-Movaghar, V. (2015). Functional assessment of SCI patients by FIM: yes ou no? *Spinal Cord*, 53 (12), 893. Doi: 10.1038/sc.2015.127.

Silva, M., Oliveira, R. & Conceição, M. I. (2005). Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. *Revista Brasileira de Medicina de Esporte*, 4 (11), 251-256. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922005000400010>.

Simpson, G. & Jones, K. (2012). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27 (4) 367-377. DOI: 10.1177/0269215512457961.

Singh, A., Tetreault, L., Kalsi-Ryan, S., Nouri, A. & Fehlings, M. (2014). Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clinical Epidemiology*, 6, 309-331. Doi: 10.2147/CLEP.S68889.

Sistema Nacional de Saúde (2016). *O que é a reabilitação?* Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/reabilitacao/> acessado a 20/02/2018

Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.

Staas, W. Jr., Formal, C., Gershkoff, A., Freda, M., Hirschwald, J., Miller, G. ... Burkhard, B. (1992). Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In J. Delisa, D. Currie, B. Gans, P. Jr. Gatens, J. Jr. Leonard, & M. McPhee, (Eds). *Medicina de Reabilitação* (Vol 2), (pp. 735 – 762). São Paulo: Malone.

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843-860. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.

Tsang, K., Hiremath, S., Cooper, R. & Ding, D. (2015). Evaluation of custom energy expenditure models for sensewear armband in manual wheelchair users. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 52 (7), 793-804. Doi: 10.1682/JRRD.2014.08.0188.

Wilsom, J., Hashimoto, R., Dettori, J. & Fehlings, M. (2011). Spinal cord injury and quality of life: a systematic review of outcome measures. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 2 (1), 37-44. Doi: 10.1055/s-0030-1267085.

World Health Organization (2009). *Who guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care*. Geneva: WHO consultado a 1/2/18, disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf).

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO. disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>.

World Health Organization (2013). *Spinal Cord Injury*. Geneva: WHO. disponível em:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/en/>.



**APÊNDICES**



**Apêndice I**  
Projeto de Estágio





**8º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Promoção da  
Atividade Física na Pessoa com Lesão Vertebral  
Medular**

**Inês Rocha Pauleta**

**Nº 7374**

**Lisboa**

**Julho 2017**



**8º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular: Opção II – Projeto de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Promoção da  
Atividade Física na Pessoa com Lesão Vertebral  
Medular**

**Inês Rocha Pauleta**

Nº 7374

Orientação: Profª Doutora Maria de Fátima Mendes Marques

**Lisboa**

**Julho 2017**

## **Abreviaturas e Siglas**

ASIA - American Spinal Injury Association

AVD - Atividades de Vida Diária

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMR – Centro de Medicina de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

LVM - Lesão Vertebro Medular

MIF – Medida de Independência Funcional

NSCISC - National Spinal Cord Injury Statistical Center

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TVM - Traumatismo Vertebro Medular

USD – Dólar Americano

WHO - World Health Organization

# ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	22
1.1. Título .....	23
1.2. Palavras Chave .....	23
1.3. Data de Início .....	23
1.4. Duração .....	23
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	24
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA .....	26
3.1. Sumário .....	26
3.2. Justificação do Tema .....	28
3.3. Enquadramento Conceptual do Tema.....	30
3.3.1. A Pessoa com Lesão Vertebral Medular.....	30
3.3.2. A Atividade Física .....	32
3.3.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.....	34
3.3.4. Modelo Conceptual – Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.....	36
4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODO .....	38
4.1. Problema Geral e Problemas Parcelares.....	38
4.2. Objetivo Geral e Específicos.....	39
4.3. Planeamento de Atividades.....	40
4.4. Cronograma.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43

## APÊNDICES

Apêndice I: Guiões de Entrevista

Apêndice II: Descrição dos Locais de Estágio

Apêndice III: Fluxograma da Pesquisa nas Bases de Dados

Apêndice IV: Competências, Objetivos, Atividades e Critérios de Avaliação Planeados no Projeto de Formação

Apêndice V: Cronograma de Objetivos Planeado no Projeto de Formação

## ANEXOS

Anexo I: Avaliação Neurológica de acordo com a Escala ASIA

Anexo II: Metas Funcionais de Reabilitação

Anexo III: MIF e suas Instruções

# 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

## 1.1. Título

*A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Atividade Física na Pessoa com Lesão Vertebral Medular*

## 1.2. Palavras Chave

Atividade Física, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Lesão Vertebral Medular

Revisão Scoping: *Rehabilitation, Rehabilitation nurse, nurs\*, Spinal cord injury, Spinal cord injury nursing, Physical activity*

## 1.3. Data de Início

Estágio em Comunidade: 25 de setembro de 2017

Cuidados Continuados Integrados

Estágio em Ambiente Hospitalar: 20 de novembro de 2017

## 1.4. Duração

500h de estágio em 18 semanas divididas nos 3 locais de estágio

## 2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Segundo Collière (1999, p.339) os serviços são “lugares de expressão da prática profissional é aí que se podem mobilizar os conhecimentos provenientes das situações e os iluminam o seu significado (...) aliar a reflexão à acção (...) ser estudadas as condições indispensáveis para assegurar cuidados de enfermagem”.

A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) é uma instituição de ensino e de investigação que oferece formação de três ciclos de estudo, cujo objetivo é a promoção da disciplina e da profissão de Enfermagem.

Este projeto iniciar-se-á com o estágio na comunidade, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (CCI) que integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Numa segunda fase, o projeto será continuado na \_\_\_\_\_ no Hospital de \_\_\_\_\_ E numa terceira fase, no \_\_\_\_\_, no Hospital \_\_\_\_\_ ou no Centro de Medicina de Reabilitação

Inicialmente, perspetivei realizar o estágio hospitalar no Serviço de \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_, mas, após ter contactado enfermeiros do referido serviço e, posteriormente, ter realizado uma visita ao mesmo, fui informada de que o número de casos de lesão vertebral medular (LVM) é inconstante e por vezes nulo, pelo que decidi efetuar o referido estágio na \_\_\_\_\_. Porém, por ter interesse em aprofundar os meus conhecimentos relacionados com outras patologias neurocirúrgicas, foi mantido o estágio com duração de duas semanas no \_\_\_\_\_. Quase a finalizar a realização deste projeto de estágio e após a realização da visita à \_\_\_\_\_, achei pertinente a não realização do estágio no \_\_\_\_\_ e substituí-lo pelo Centro de Medicina de Reabilitação \_\_\_\_\_, para ter contacto com utentes com LVM na fase de sequelas. (No final deste projeto ainda não tinha sido aprovado este estágio nem foi realizada a visita hospitalar).

A escolha dos locais de estágio hospitalar deveu-se a estes serem de referência nacional e disporem de profissionais de elevada diferenciação, peritos na área, trabalharem em equipas multidisciplinares e um deles receber utentes, especificamente, com a patologia a ser estudada (LVM), pelo que considero locais de

excelência para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e para dar resposta ao meu projeto.

No que respeita ao estágio na comunidade, escolhi a Equipa CCI , com o intuito de atingir todos os objetivos propostos e adquirir o máximo de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. A RNCCI integra três princípios: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social. A população da CCI são todas as pessoas em situação de perda de autonomia e portadores de diversos tipos e níveis de dependência, por essa razão julgo ser um bom local de estágio, pois poderei visualizar de perto as necessidades da pessoa dependente no autocuidado, no seu domicílio.

Nos apêndices I e II encontram-se os guiões das entrevistas e as descrições dos locais de estágio, respetivamente.

### 3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

#### 3.1. Sumário

A elaboração deste projeto surge no âmbito da unidade curricular Opção II: Projeto de Estágio, inserida no 2º semestre do 1º ano do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que tem como objetivo descrever, analisar e problematizar uma área de estudo a desenvolver no 3º semestre, visando o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O projeto pode ter várias definições, segundo De Bono citado por Castro e Ricardo (2002) “o projecto dá-nos mais liberdade que a resolução de um problema, porque, desde que o objectivo seja atingido, somos livres para adoptar caminhos diferentes e estilos” (p.10). Para Estrela, Soares e Leitão é “um escrito composto pela descrição de um conjunto de atividades, devidamente inter-relacionadas e coordenadas, delineadas dentro de objetivos precisos, limites de tempo e de orçamento, que constituem uma obra a realizar, ainda na sua fase de planeamento” (2013, p.116).

A primeira etapa deste percurso consistiu na escolha de um tema de interesse e que fosse um problema relevante para a Enfermagem de Reabilitação. O meu tema foi *“A Intervenção do enfermeiro especialista de enfermagem em reabilitação na promoção da atividade física na pessoa com lesão vertebro medular”*. A escolha deste tema sobre a pessoa com lesão vertebro medular e a atividade física deveu-se ao facto de ambas as temáticas serem uma área de grande interesse pessoal e profissional, e de querer desenvolver competências nestas áreas, por estarem pouco desenvolvidas na enfermagem, mas terem bastante relevância e benefícios (Costa, Crispim, Madeira & Mimoso, 2008; Devillard, Rimaud, Roche & Calmels, 2007; Finley, Rodgers & Keyser, 2002; Rocha, 2014). Hoje em dia, veem-se campanhas para a prevenção de acidentes (de viação, dos mergulhos), assim como, para a inclusão

destas pessoas (exemplo normas legisladas), e a Ordem dos Enfermeiros (OE) fez um guia de boas práticas de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebral medular (TVM).

Esta escolha foi baseada na identificação como área prioritária de investigação em Enfermagem de Reabilitação, após a análise de vários documentos como o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e as Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Para a realizar deste projeto foram efetuadas pesquisas bibliográficas na plataforma *EBSCOhost Integrated Search*, nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text* com uso das palavras chave descritas anteriormente, tendo somente encontrado um artigo científico, pelo que foram realizadas novas pesquisas sem recurso a palavra chave “enfermagem” para a obtenção de mais artigos. Os critérios de exclusão aplicados foram: artigos anteriores a 2011, artigos sem ser em inglês, espanhol ou português, artigos sem *fulltext* e artigos que após a leitura do título e do resumo não respondessem ao problema geral. Também foram selecionados artigos a partir da bibliografia dos artigos originais, tendo sido selecionado cinco artigos (apêndice III).

A pesquisa foi alargada através da *B-on*, *Google scholar*, livros, teses, artigos e publicações, para aprofundar conhecimentos nestas áreas específicas de intervenção.

A questão geral é: “Quais as intervenções do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM?”

Para este projeto foi definido um objetivo geral e sete específicos com a finalidade de ter uma linha orientadora para as atividades a desenvolver no 3º semestre, com o intuito de desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, descritas pela Ordem dos Enfermeiros, que serão mencionados mais adiante.

O modelo teórico escolhido foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem, mais propriamente a Teoria dos Sistemas

de Enfermagem que tem o foco no autocuidado, sendo este mencionado como um conjunto de ações realizadas pela própria pessoa com o objetivo de alcançar a sua independência na realização do seu autocuidado, para manter a vida, a saúde e o seu bem-estar, uma vez que esta teoria descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. Esta teoria “estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem” (Orem, 2001, p.147).

A experiência profissional e o nível elevado de conhecimentos do EEER fazem com que este tome decisões tendo em conta a promoção de saúde, a prevenção de complicações e incapacidades, o tratamento, a readaptação funcional, a reinserção social e a reabilitação capacitando e maximizando a pessoa em todos os contextos de vida (OE, 2009, 2010b).

Este trabalho encontra-se dividido em quatro partes interligadas entre si. A primeira onde é feita a fundamentação da escolha dos locais de estágio. A segunda parte onde é realizada a justificação da pertinência do tema, a descrição técnica e o modelo conceptual (Teoria do Défice de Autocuidado de Orem). A terceira parte onde se descreve o plano de trabalho e os métodos, onde são identificados os problemas, os objetivos do projeto, as atividades a desenvolver, tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e o cronograma. E por última são apresentadas as considerações finais.

### **3.2. Justificação do Tema**

Ao longo da minha experiência profissional não tenho tido muito contacto com pessoas com LVM, pela qual tenho necessidade de aprofundar conhecimentos para poder prestar cuidados de enfermagem de excelência, quando estas tiverem internadas na Unidade de Cuidados Intensivos, local onde trabalho.

A lesão na medula causa interrupção parcial ou total das funções reflexas e voluntárias ao nível e abaixo da lesão, devido a existir interrupção na comunicação dos impulsos nervosos com o tronco cerebral, cerebelo e cérebro. Por essa razão origina uma disfunção motora, sensitiva e autonómica (Alves, Sousa & Pinto, 2001; Carvalho & Damasceno, 2003; Staas et al, 1992).

A LVM é dos traumatismos mais graves que pode ocorrer devido a causarem alterações drásticas a nível da qualidade de vida das pessoas, e pode mesmo levar à morte. As LVM afetam o bem-estar físico, social e psicológico da pessoa e também influenciam a família, a comunidade e os sistemas de saúde. As complicações vão derivar consoante a localização e tipo de lesão (Alves et al, 2001; Nunes et al, 2009; Singh, Tetreault, Kalsi-Ryan, Nouri & Fehlings, 2014; Wilsom, Hashimoto, Dettori & Fehlings, 2011).

Apesar de várias pesquisas só foi encontrado um estudo sobre a incidência e prevalência das LVM em Portugal realizado entre 1989 e 1992 e publicado em 1998.

Segundo a World Health Organization ([WHO], 2013) todos os anos, a nível mundial, ocorrem entre 250000 e 500000 LVM e a incidência global anual estima-se que seja de 40 a 80 casos por milhão de habitantes. Em Portugal, entre 1989 e 1992, a taxa de incidência anual foi de 57,8 novos casos por milhão de habitantes, sendo a taxa de sobrevivência anual de 25,4. Foram identificados 398 novos casos de LVM, dos quais 77% eram homens e 23% mulheres, sendo a média de idades de 50 anos, tendo dois picos de incidência, um entre os 15 e os 24 anos e um segundo pico entre os 55 e os 74 anos (Martins, Freitas, Martins, Dartigues & Barat, 1998).

Estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA), as despesas anuais médias da pessoa com LVM em 2015 foram cerca de 72047 dólares americanos (USD), sendo esta variável conforme o tipo de lesão. Nos EUA, a média das despesas no primeiro ano após a lesão em pessoas paraplégicas é cerca de 519529 USD; para a pessoa com tetraplegia varia conforme a gravidade e vai desde 1065980 e 770264 USD. O custo estimado até ao fim de vida varia conforme a gravidade, tipo de lesão e idade da pessoa no momento no acidente e varia entre 1115312 e 4729788 USD (National Spinal Cord Injury Statistical Center [NSCISC], 2017).

Em Portugal foi realizado um estudo sobre gastos em doentes com alterações das funções orgânicas e/ou neuromusculares e com problemas a nível da mobilidade que revelou terem um custo mensal de 1604 euros, que corresponde a um custo anual de 19248 euros, onde o Estado contribui com 997 euros (Portugal, Martins, Ramos, Hespanha, Alves & Fidalgo, s.d).

Esta doença, como demonstrado anteriormente, causa bastante impacto socioeconómico, por requerer uma intensa e prolongada reabilitação e meios para que a pessoa possa adquirir a maior autonomia possível. A esperança média de vida destas pessoas também tem vindo a aumentar, e varia conforme a idade do indivíduo aquando da ocorrência do acidente, o tipo e localização de lesão. Os paraplégicos têm uma sobrevida maior que os tetraplégicos e estima-se que pessoas com paraplegia vivam mais 16 a 46 anos conforme a idade e que os tetraplégicos tenham uma sobrevida entre 11 a 41 anos. As complicações mais frequentes que podem levar à morte são a pneumonia e a septicemia (McColl, Walker, Stirling, Wilkins & Corey, 1997; NSCISC, 2017).

Esta lesão surge de forma súbita e inesperada, causando sentimentos de perda, alterações corporais, emocionais e espirituais, obrigando a pessoa a adaptar-se a uma realidade completamente nova. Esta adaptação não vai depender apenas do tipo de lesão e do seu prognóstico, mas também do tipo de personalidade (educação, cultura e social), e do programa de reabilitação que vai mobilizar as pessoas a procurarem estratégias para uma melhor gestão da sua nova realidade (Amaral, 2009).

### **3.3. Enquadramento Conceptual do Tema**

#### **3.3.1. A Pessoa com Lesão Vertebro Medular**

Diferentes estudos revelam que as causas mais frequentes dos TVM são acidentes de viação, seguido de queda, acidentes de trabalho, violência e acidentes no desporto (Alves et al, 2001; Carvalho & Damasceno, 2003; Singh et al, 2014). Também podem ocorrer LVM não traumáticas resultantes de doenças degenerativas (lúpus), vasculares, tumores, infeções, malformações e processos degenerativos ou compressivos (Cerezetti, Nunes, Cordeiro & Tedesco, 2012; Pedro, 2011).

Para a avaliação da lesão medular deve-se recorrer à escala de *American Spinal Injury Association* (ASIA), que tem como finalidade homogeneizar a

classificação da LVM, podendo-se classificar a patologia quanto ao nível e extensão da lesão, tendo em conta a sensibilidade tátil e dolorosa de cada dermatomo (área motora da pele innervada pelos axônios sensoriais de cada segmento nervoso) e a função motora de dez músculos chave. A escala de ASIA vai de A a E e diz-nos se se trata de uma lesão completa, incompleta ou normal (ASIA, 2003; Kirshblum et al, 2011; Nunes et al, 2009). No anexo I encontra-se a avaliação neurológica de acordo com a escala de ASIA.

Lesão completa é definida quando há ausência de função motora e sensitiva abaixo do nível neurológico, incluindo o último segmento sacrado (S4-S5). Lesão incompleta é quando há preservação de qualquer função sensorial e/ou motora abaixo do nível neurológico, incluindo o último segmento sacrado (ASIA, 2003; Kirshblum et al, 2011). E normal quando as funções sensitivas e motoras são normais (ASIA, 2003).

A Tetraplegia refere-se à redução ou perda motora e/ou sensibilidade dos segmentos cervicais, devido à lesão do tecido nervoso medular. O que pode levar ao comprometimento da função dos membros superiores, do tronco, dos membros inferiores e dos órgãos abdomino-pélvicos (ASIA, 2003; Kirshblum et al, 2011).

A Paraplegia refere-se à redução ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrados, mas não cervicais. Os membros superiores não são afetados, mas dependente da lesão, pode resultar na perda ou diminuição da função do tronco, dos membros inferiores e dos órgãos abdomino-pélvicos. Também se pode incluir a lesão do cone medular e da cauda equina (ASIA, 2003; Kirshblum et al, 2011).

Segundo Nunes et al (2011), lesões entre C4 e C8 originam tetraplegia e entre D1 e S1 paraplegia. Nas lesões cervicais é importante saber que lesões acima ou a nível da C4 dão paralisia diafragmática e que a nível de C5 originam paralisia dos músculos intercostais.

No anexo II encontra-se um quadro adaptado referente às metas funcionais de reabilitação, relativamente ao nível em que se localiza a lesão.

As LVM passam por três fases: o choque medular, a fase sub-aguda e a de sequelas. Estas lesões podem provocar várias complicações como: alterações da mobilidade, postura e da sensibilidade, complicações respiratórias, alterações

sexuais, disreflexia autonómica, alterações da função vesical, gastrointestinais, metabólicas e vasculares (como por exemplo trombose venosa profunda), úlceras de pressão, distúrbios de humor, regulação da temperatura corporal (Sartori & Melo, 2002).

### **3.3.2. A Atividade Física**

Inicialmente vou distinguir o termo atividade física e exercício físico ou desporto que apesar de parecerem ter o mesmo significado os conceitos são diferentes, mas relacionam-se entre si.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético, tendo em conta toda a atividade realizada pela pessoa no seu dia a dia (atividades de vida diária, desportivas ou de lazer) (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). A atividade física não diz respeito somente a atividade desportiva, engloba vários tipos de atividade (Cruz, 2007). Segundo a WHO (2010), a atividade física pode ser considerada qualquer atividade de lazer, ocupacional ou doméstica.

O exercício físico é importante para melhorar a condição física e a saúde, por essa razão necessita de diferentes tipos de exercícios de acordo com os objetivos e/ou resultados pretendidos. É uma atividade física voluntária planeada, estruturada e repetida, e é considerado uma subcategoria da atividade física (WHO, 2010; Cruz, 2007).

Foi encontrada pouca informação sobre a atividade física em pessoa com LVM, o que levou ao recurso de bibliografia mais antiga e a área do desporto, fisioterapia ou na área de enfermagem, mas com outras patologias sem ser a LVM.

Os benefícios da atividade física nas pessoas com TVM são: melhorar o consumo de oxigénio, aumentar a capacidade aeróbica, reduzir os riscos de doenças cardiovasculares e de infeções respiratórias, diminuir o número de úlceras de pressão, de infeções urinárias, redução do número de internamentos, aumentar a qualidade de vida, favorecem a integração social, promover a independência, melhorar a

autoimagem, auto estima e diminuir os distúrbios psicológicos (Silva, Oliveira e Conceição, 2005). A atividade física tem bastante importância para estes utentes, porém, estudos demonstram a baixa adesão a estes programas (Costa et al, 2008; Rocha, 2014).

A atividade física acarreta benefícios para a pessoa com LVM, como

    aumentar a capacidade física, auxiliar a independência, melhorar o equilíbrio e a destreza na cadeira de rodas, possibilitar a vivência de sensações e movimentos novos, favorecer o autoconhecimento, a socialização e a readaptação física, bem como reduzir os fatores de risco para a saúde, como a obesidade e a hipertensão, promovendo um estilo de vida mais saudável (Melo, 2009, p.441).

As alterações a nível cardiorrespiratório vão por em causa a atividade física, provocando uma rápida instalação de fadiga, que por sua vez vai reduzir a qualidade de vida e as expectativas dos utentes. Verifica-se que a prática de atividade física nestes utentes melhora os parâmetros cardiorrespiratórios e melhora a capacidade de realização das atividades de vida diária (AVD) e na promoção do bem-estar físico e social, diminuindo complicações clínicas (como a dor e úlceras de pressão) e melhora a qualidade de vida (Nascimento & Silva, 2007; Tsang, Hiremath, Cooper & Ding, 2015).

As limitações de mobilidade provocadas pelas LVM (inatividade física) provocam um aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias, osteoporose e depressão o que vai afetar drasticamente a qualidade de vida destas pessoas. A atividade física, por sua vez, vai melhorar o estado geral de saúde e a qualidade de vida prevenindo algumas destas complicações (Burr, Shephard & Zehr, 2012; Craven, Gollee, Coupauand, Purcell & Allan, 2013).

Para a realização de um programa de exercício tem que se ter em conta a pessoa, o tipo de lesão e os seus objetivos realistas. Os exercícios mais comuns para estes utentes são: exercício de alongamento e encurtamento muscular passivo, treino muscular inspiratório, treino de resistência, treino locomotor em passadeira (*Treadmill*), exercícios físicos combinados com a estimulação elétrica funcional, *wheelchair ergometry*, *arm crank exercise ergometry cycling*, *leg cycling exercise*, *psyche ergometer training* (Costa et al, 2008).

O *Lokomat* é um sistema de marcha robótico, que consiste numa ortótese de marcha robotizada com suporte do peso corporal combinado com uma *Treadmill*, que controla a posição do paciente. É uma ortótese impulsionadora da marcha, que permite ajustar a velocidade, amplitude e movimento da articulação coxofemoral e joelhos, força, resistência e equilíbrio num ambiente seguro (Hocoma, s.d.).

O uso do *Lokomat* permite que as pessoas com LVM incompleta mantenham um estilo de vida saudável e aumentem o seu nível de atividade física, que por sua vez, leva a melhoria significativa da marcha, distância, força e nível funcional de mobilidade, assim como da velocidade e equilíbrio (Nam, Kim, Kwon, Park, Lee & Yoo, 2017).

### **3.3.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

O estabelecimento da confiança e do bom relacionamento é um pré-requisito para a criação de relação de ajuda entre os enfermeiros de reabilitação, as pessoas com deficiência crónica, incapacidades ou de desenvolvimento e suas famílias (Hoeman, 2000, p.20).

As competências do EEER são essenciais para a reabilitação da pessoa com LVM desde o momento do internamento (acolhimento) até à alta (reabilitação e prevenção de complicações).

Para Hesbeen, o espírito de reabilitação “é sinónimo de um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afecção ou às suas características” (2003, p.35). Tem interesse pelo futuro da pessoa, mesmo que não haja cura/recuperação ou regresso à “normalidade”.

O Enfermeiro de Reabilitação tem como objetivo tornar a pessoa o mais independente possível dentro das suas capacidades, personalizar as intervenções, promover e incentivar o autocuidado, através de orientações e treino, prevenir complicações e incapacidades, e preparar para uma vida social, familiar da melhor maneira possível e com qualidade. Por essa razão é necessário o enfermeiro ter uma

abordagem o mais precoce possível, abrangente e holística (físico, mental, emocional, espiritual, social e económico) e saber quais os objetivos da pessoa. O enfermeiro tem um papel de advogado ou agente de mudança, capacitador/facilitador, moderador, perito, líder, conselheiro, educador, responsável, orientador, consultor, gestor de caso, investigador e implementador dos cuidados, para contribuir para o trabalho em equipa e para ganhos em saúde para o utente e cuidador (Hoeman, 2000, 2011; Leite e Faro, 2005).

A enfermagem de reabilitação, é definida como a área de intervenção da enfermagem que previne, recupera e habilita as pessoas vítimas de doença súbita que provoquem déficit funcionais a nível cónico, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (como acontece nos doentes com LVM) e ajuda a adaptarem-se à sua nova condição de vida. Promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal e produz ganhos em saúde demonstrados pela prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma máxima autonomia (OE, 2015).

Segundo Henriques e Fumincelli (2017, p.433) “os planos de reabilitação devem ser realistas, otimizando o trabalho a desenvolver, focando em objetivos alcançáveis”. Referem ser importante saber quais os objetivos da pessoa, e estes devem ser ajustáveis para serem possíveis de concretizar e não dar falsas esperanças, para que a pessoa se sinta com iniciativa e motivada no seu processo de reabilitação.

O enfermeiro de reabilitação deve demonstrar à equipa multidisciplinar e à pessoa com LVM, que a atividade física é um complemento da reabilitação, na medida em que esta melhora os aspetos físicos, emocionais, sociais, assim como a capacidade funcional na realização das AVD e conseqüentemente melhora do estado geral, o que melhora a qualidade de vida do utente (Rocha, 2014).

Fontes (2014), refere que para a avaliação da incapacidade não se pode avaliar a patologia isoladamente, o mesmo acontece com a deficiência da função que só se traduz como incapacidade real quando esta interfere na vida da pessoa. Por essa razão indivíduos com a mesma patologia vivenciam níveis diferentes de limitações e

restrições. A funcionalidade deve ser avaliada principalmente pela mobilidade e pelas atividades básicas e instrumentais.

É fundamental o uso de escalas para a realizar de um plano de reabilitação por parte dos EEER, pois permite avaliar e acompanhar a evolução da pessoa. As escalas mais utilizadas são a Medida de Independência Funcional (MIF), presente no anexo III, a Medida de Independência na lesão Medular (SCIM) e a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a ASIA.

Existem escalas para a atividade física na pessoa com lesão medular que são a *Physical Activity Recall Assessment for People with Spinal Cord Injury*, a *Physical Activity Instrument – spinal cord injuries* que foi adotada da *Physical Activity Scale for Individuals with Physical Disabilities* (Butler, Miller, O’Connell, Jelinek & Collins, 2008), tendo sido esta última traduzida para português, validada e adotada (Rocha, 2014).

#### **3.3.4. Modelo Conceptual – Teoria do Défice de Autocuidado de Orem**

Segundo Hoeman (2000, p.7) “é reconhecida pelos enfermeiros de reabilitação a utilidade dos múltiplos níveis de capacidade de auto-cuidado dos utentes concebidos por Orem, a sua atenção ao todo e as suas importantes contribuições para a educação do utente”.

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado engloba três teorias: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, e como já foi referido anteriormente, vou-me centrar nesta última.

Dentro da Teoria do Sistema de Enfermagem, Orem propôs 3 classificações: o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio ou educação, tendo como objetivos reduzir as necessidades de autocuidado a um nível que a pessoa com LVM possa realizar, aumentar a capacidade de resposta à necessidade de autocuidado, apoiar a pessoa dependente de cuidados e suprir as necessidades de cuidar através da enfermagem, sempre com vista a capacitação da pessoa. A mesma autora identifica cinco métodos de ajuda que são: agir ou fazer por outra pessoa; guiar e direcionar; providenciar suporte físico ou psicológico;

providenciar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar (Orem 2001).

A ideia central deste modelo é a de que a pessoa é responsável pelo seu autocuidado, mas quando as limitações deixam os indivíduos completa ou parcialmente incapazes de cuidar de si próprios a enfermagem compensa o déficit de autocuidado. As ações de enfermagem visam ajudar e implementar intervenções para minimizar ou colmatar as necessidades da pessoa, podendo esta ser supervisionada, assistida ou substituída (Orem, 2001).

A promoção do autocuidado visa a manutenção da qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa para a concretização do seu projeto de saúde (Petronilho, 2012). Segundo Foster e Bennett (2000), surge um déficit de autocuidado quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade do indivíduo em se autocuidar, necessitando de cuidados de enfermagem. Orem, assim como a WHO definem saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença (Orem, 2001; WHO, 1946).

A pessoa com LVM sofre grandes alterações, pelo que tem que passar por um processo de adaptação às AVD, executando-as com diferentes níveis de dependência. Essa adaptação deve ser feita com a colaboração do EEER, e a pessoa deve ser sempre vista como um ser holístico a ser integrado num plano de reabilitação individualizado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e autonomia. O foco de enfermagem na Teoria do Autocuidado é a pessoa e tem como objetivo promover o autocuidado, ações preventivas e a promoção da saúde (Leite e Faro, 2005; Meneguessi, Teixeira, Jesus, Pinho, Kamada, & Reis, 2012; Orem, 2001).

A Teoria de Orem permite uma mudança das condições de vida, envolvendo a pessoa no seu autocuidado, assim como a família ou o seu cuidador, facilita a reintegração social e promove a melhoria da qualidade de vida (Meneguessi et al, 2012).

## **4. PLANO DE TRABALHO E MÉTODO**

Segundo a OE (2011), a prática de enfermagem de reabilitação integra resultados de investigação e orientações de boas práticas baseadas na evidência para que ocorra uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Como já descrito, inicialmente foi feita uma pesquisa da evidência sobre as temáticas a desenvolver e realizadas seções de orientação tutorial com a orientadora do projeto.

Foram também realizadas visitas e entrevistas nos locais de estágio onde serão realizados os ensinamentos clínicos.

### **4.1 Problema Geral e Problemas Parcelares**

O Problema Geral que surge neste trabalho é:

- Quais as intervenções do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM?

Problemas Parcelares que surgem são:

- Como construir uma relação profissional e terapêutica com a pessoa com LVM de forma a minimizar o impacto da doença?
- Como é realizada a avaliação dos déficits e necessidades de autocuidados da pessoa com LVM?
- Que estratégias e atividades deverão ser utilizadas para ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LVM através da promoção da atividade física, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência?
- Como é que a atividade física promove a realização das AVD?

- Qual a importância do EEER na promoção da atividade física na pessoa com deficiência motora?
- Quais as competências do EEER no planejamento e execução do plano de cuidados e respectivas intervenções na promoção da atividade física na pessoa com LVM?
- Quais os benefícios da atividade física na pessoa com LVM e de que forma diminui as incapacidades e complicações decorrentes desta patologia?
- Como envolver e motivar a pessoa com LVM a participar em programas de atividade física?

#### **4.2 Objetivo Geral e Específicos**

Para este projeto foi definido um objetivo geral e sete específicos com a finalidade de ter uma linha orientadora para as atividades a desenvolver no 3º semestre:

- Objetivo Geral:
  - Desenvolver competências do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM, isto é, desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, em todo o seu ciclo de vida, cuidando, capacitando e maximizando a sua funcionalidade para a reinserção e exercício da cidadania, com ênfase no que respeita à promoção da atividade física na pessoa com LVM, tendo por base os referenciais éticos, deontológicos e legais da profissão.

- **Objetivos Específicos:**
  - Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LVM através da promoção da atividade física, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência;
  - Integrar e compreender a dinâmica funcional do Serviço na sua vertente estrutural e organizacional para a integração nas equipas;
  - Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação;
  - Conceber e implementar programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação, com ênfase na pessoa com deficiência;
  - Planear cuidados de enfermagem especializados e individualizado à pessoa com LVM (a nível motor, sensorial, cardiorrespiratório, cognitivo, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) que visam capacitar, otimizar e maximizar a funcionalidade;
  - Desenvolver competências do EEER com vista à satisfação da pessoa, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado através de intervenções de enfermagem como a promoção da atividade física;
  - Elaborar o relatório final do projeto de formação.

### **4.3. Planeamento de Atividades**

A elaboração do plano de atividades presente no apêndice IV, teve por base os objetivos específicos propostos anteriormente para desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, deliberadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a, OE, 2010b).

#### **4.4. Cronograma**

Delineado o projeto é essencial a realização de um cronograma (presente no apêndice V) para que haja uma melhor gestão do tempo, que permita atingir os objetivos específicos propostos e avaliar a sua evolução.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto tenta articular a teoria com o que se pretende realizar na prática para o desenvolvimento de competências.

Tive bastante dificuldade em encontrar bibliografia recente e com evidência científica sobre a intervenção específica da enfermagem de reabilitação nos temas a serem abordados.

Importa mencionar que por se tratar de um projeto os objetivos, as atividades e o cronograma propostos só são linhas orientadoras e serve como um guia para o futuro, mas podem estar sujeitos a modificações no decorrer da prática e de acordo com as necessidades encontradas, sempre com o intuito de enriquecer conhecimento e de me desenvolver tanto a nível pessoal como profissional.

Uma das minhas maiores dificuldades neste projeto vai ser a gestão do tempo, devido a ter de haver uma boa articulação entre vida pessoal, a atividade laboral, o estágio e as atividades inerentes a este último, pelo que é bastante importante a existência e a elaboração do cronograma. Outra preocupação é o ter uma população delimitada (pessoa com LVM), pois existe o risco de não encontrar utentes com esta patologia em todos os locais de estágio.

Os estágios que irei realizar irão contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, para a aquisição de novos conhecimentos e competências e para aplica-los na prática. Ao longo dos estágios espero ter avaliações, *feedbacks* e orientações por parte dos enfermeiros orientadores no sentido de desenvolver e aprofundar o máximo de competências comuns do Enfermeiro Especialista e do domínio da enfermagem de reabilitação.

A realização deste projeto constituiu uma mais valia porque contribui para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, como já mencionado e fez com que adquirisse mais conhecimentos sobre a LVM e a atividade física, áreas ainda pouco desenvolvidas na enfermagem e com bastante relevância como descrito ao longo deste trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F., Sousa, M. R. & Pinto, M. (2001). Cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebral medular. In J. Padilha, A. Cruz, V. Pinto, P. Queirós, F. Henriques, M. C. Alves, ... M. I. Costa. *Enfermagem em Neurologia*. (pp.105 - 128) Coimbra: Formasau.

Amaral, M. T. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43 (3), 573-580.

American Spinal Injury Association. (2003) *Reference manual for the international standards for neurological classification of spinal cord injury*. Chicago: ASIA.

Burr, J., Shephard, R. & Zehr, P. (2012). Physical activity after stroke and spinal cord injury. *Canadian Family Physician – Le Médecin de Famille Canadien*. 58, 1236-1239.

Butler, J., Miller, T., O'Connell, S., Jelinek, C. & Collins, E. (2008). Physical activity inventory for patients with spinal cord injury. *SCI Nursing Journal*. 25 (3), 20-28.

Carvalho, Z. & Damasceno, M. (2003). *Viva bem com a sua lesão vertebral-medular: um guia prático*. (2ªed). Porto: Humbertipo.

Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 2 (100), 126-131.

Castro, L. & Ricardo, M. (2002). Gerir o trabalho de projecto – guia para a flexibilização e revisão curriculares. (7ª ed), Lisboa: Texto editora.

Cerezetti, C., Nunes, G., Cordeiro, D. & Tedesco, S. (2012). Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O Mundo da Saúde*. 36 (2), 318-326.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.

Costa, A., Crispim, D., Madeira, J. & Mimoso, T. (2008). Exercício físico em utentes com lesão vertebro-medular. *ESSFisionline*, 4 (4) 40-59, disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n4.pdf>.

Craven, C., Gollee, H., Coupaud, S., Purcell, M. & Allan, D. (2013). Investigation of robotic-assisted tilt-table therapy for early-stage spinal cord injury rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 50 (3), 367-378.

Cruz, A. (2007). Promoção de actividade física e prevenção de AVC. *Revista Sinais Vitais*, 75, 19-28.

Devillard, X., Rimaud, D., Roche, F. & Calmels, P. (2007). Effects of training programs for spinal cord injury. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 50 (6), 480-498.

Direção Geral de Saúde. *Norma 054* (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direção Geral de Saúde. Acedido a 1/07/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>.

Estrela, E., Soares, M. A. & Leitão, M. J. (2013). *Saber escrever uma tese e outros textos*. (9ª ed), Alfragide: D. Quixote.

Finley, M., Rodgers, M. & Keyser, R. (2002). Impact of Physical Exercise on Controlling Secondary Conditions associated with Spinal Cord Injury. *Neurology Report*. 26 (1), 21-31.

Fontes, A. (2014). *Funcionalidade e incapacidade: conceptualização, estrutura e aplicabilidade da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. Loures: Lusodidacta.

Foster, P. & Bennett A. (2000). Dorothea E. Orem In J. George e colaboradores *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ªed.), (pp.83-101). Porto Alegre: Artmed.

Henriques, F. (2004). *Paraplegia: Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.

Henriques, F. & Fumincelli, L. (2017). A pessoa com lesão medular. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. (coords) *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp.433-450), Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

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

<https://knowledge.hocoma.com/home.html>, acedido a 13/07/2017.

[http://www.arrayamed.com.ar/hocoma\\_files/folletos\\_explicativos/pt/lokomat\\_pt.pdf](http://www.arrayamed.com.ar/hocoma_files/folletos_explicativos/pt/lokomat_pt.pdf), acedido a 13/07/2017.

Kirshblum, S., Burns, S., Biering- Sorensen, F., Donovan, W., Graves, D., Jha, A. ... Waring, W. (2011). International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 34 (6), 535-546.

Leite, V. & Faro, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39 (1), 92-96.

Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. & Barat, M. (1998) Spinal cord injuries– Epidemiology in Portugal`s central region. *Spinal Cord*. 36, 574-578.

Martins, P (2015). *Implementação de um programa de exercício intradialítico de maximização da função em utentes hemodialisados*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

McColl, M. A., Walker, J., Stirling, P., Wilkins, R. & Corey, P. (1997). Expectations of life and health among spinal cord injured adults. *Spinal Cord*. 35, 818-828.

Melo, A. C. (2009). Descrição da aptidão inicial para natação em lesionados medulares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 15 (6), 441-445.

Meneguessi, G., Teixeira, J., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P. (2012). Rehabilitation in spinal cord: reflection on the applicability of the Orem´s self – care theory. *Journal of Nursing*. 6 (12). 3006-3012.

Nam, K., Kim, H., Kwon, B., Park, J., Lee, H. & Yoo, A. (2017). Robot-assisted gait trainins (Lokomat) improves walkins function and activity in people with spinal cord injuru: a systematic review. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 14 (24), 1-13. DOI 10.1186/s12984-017-0232-3.

Nascimento, L. & Silva, S. (2007). Benefícios da atividade física sobre o sistema cardiorrespiratório, como também, na qualidade de vida de portadores de lesão

medular: uma revisão. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 3 (1), 42-50.

National Spinal Cord Injury Statistical Center. (2017). *Spinal cord injury (SCI) facts and figures at a glance*. University of Alabama: Birmingham. Disponível em: <https://www.nscisc.uab.edu/Public/Facts%202016.pdf>.

Nunes, F., Meira, P., Martins, A., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. ... Ribeiro, G. (2009). *Manual de Trauma*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno temático - Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

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

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D. & Taylor, S. (2004). Teoria do défice de auto-cuidado de enfermagem. In A. Tomey, & M. Alligood. *Téoricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed), pp 211-235. Loures: Lusociência.

Pedro, A. (2011). *Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento*. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Disponível: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/7319/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Pedro.pdf>.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Edições Formasau.

Portugal, S., Martins, B., Ramos, L., Hespanha, P., Alves, J. & Fidalgo, J. [s.d]. *Relatório final: Estudo de avaliação do impacto dos custos financeiros e sociais da deficiência*. Faculdade de Economia de Coimbra: Coimbra. Disponível em: [http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097\\_impactocustos%20\(2\).pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_impactocustos%20(2).pdf).

Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em enfermagem de reabilitação. *Diário da República, 2ª série*, Nº 119. (22-06-2015). 16655-16660.

Rocha, K. (2014). *Nível de atividade física em pessoas com lesão vertebro-medular*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de mestrado. Coimbra

Sartori, N. & Melo, M. (2002). Necessidades no hospital de lesado medular. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 35, 151-159.

Silva, M., Oliveira, R. & Conceição, M. I. (2005). Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. *Revista Brasileira de Medicina de Esporte*, 4 (11), 251-256.

Singh, A., Tetreault, L., Kalsi-Ryan, S., Nouri, A. & Fehlings, M. (2014). Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clinical Epidemiology*. 6, 309-331.

Staas, W. Jr., Formal, C., Gershkoff, A., Freda, M, Hirschwald, J., Miller, G. ... Burkhard, B. (1992). Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular In J. Delisa, D. Currie, B. Gans, P. Jr. Gatens, J. Jr. Leonard, & M. McPhee, (Eds). *Medicina de Reabilitação* (Vol 2). (pp. 735 – 762). São Paulo: Malone.

Tsang, K., Hiremath, S., Cooper, R. & Ding, D. (2015). Evaluation of custom energy expenditure models for sensewear armband in manual wheelchair users. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 52 (7), 793-804.

Wilsom, J., Hashimoto, R., Dettori, J. & Fehlings, M. (2011). Spinal cord injury and quality of life: a systematic review of outcome measures. *Evidence-Based Spine-Care Journal*. 2 (1), 37-44. Doi: 10.1055/s-0030-1267085.

World Health Organization (1946). *Constitution of the world health organization*. Geneva: WHO. disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO. disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>.

World Health Organization (2013). *Spinal Cord Injury*. Geneva: WHO. disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/en/>.

## **APÊNDICES**

**Apêndice I**  
Guiões de Entrevista

**Guião de Entrevista: CCI**

<b>Área</b>	<b>Perguntas</b>
<b><u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u></b>	<p>Apresentação Apresentação dos objetivos da visita/entrevista Obtenção de consentimento</p>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a missão do Serviço?</li> <li>• Como se caracteriza o espaço físico?</li> <li>• Número de utentes?</li> <li>• Que valências/serviços diferenciados estão disponíveis?</li> <li>• Proveniência dos utentes?</li> <li>• Qual a área geográfica de abrangência do Serviço?</li> <li>• Quais as patologias mais frequentes?</li> <li>• Como é constituída a equipa multidisciplinar?</li> <li>• Qual o horário de trabalho que é praticado?</li> <li>• Existe articulação com outros serviços/hospitais? Em que situações?</li> <li>• Como é que os utentes são referenciados?</li> </ul>
<b><u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são Enfermeiros Generalistas? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?</li> <li>• O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê e como?</li> <li>• Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> <li>• Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no Serviço?</li> <li>• Existe enfermeiro de referência?</li> <li>• Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista?</li> <li>• Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> <li>• Algum EEER tem investido em doentes com TVM. Se sim, de que forma? E se tem em conta a atividade física?</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o tempo médio de cuidados aos utentes?</li> <li>• Quais as características da população que o Serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos,</li> </ul>

	<p>compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neste momento tem algum utente com LVM ao seu cuidado? Se sim, quais as AVD mais afetadas e mais trabalhadas nos utentes com TVM?</li> <li>• Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?</li> </ul>
<p><b><u>AVALIAÇÃO DOS UTENTES</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como realiza a seleção dos utentes alvo de cuidados especializados em reabilitação?</li> <li>• Os utentes podem também ser referenciados por outros profissionais para os EEER? Se sim, como é efetuado esse processo?</li> <li>• Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> </ul>
<p><b><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER?</li> <li>• Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos EEER?</li> <li>• Como procede ao planeamento dos cuidados?</li> <li>• De que forma o utente/família participa (ou não) nesse planeamento?</li> <li>• O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?</li> <li>• Tempo atribuído para desempenhar funções na área de reabilitação?</li> <li>• Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? Usam escalas?</li> <li>• Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação?</li> <li>• Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados?</li> <li>• Qual a recetividade do utente/cuidador aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?</li> <li>• Vê impacto de resultados consoante a adesão/envolvência da pessoa aos cuidados?</li> <li>• Que indicadores de saúde são evidenciados no Serviço?</li> <li>• Como é que o cuidador é incluído nos cuidados planeados?</li> <li>• Existem momentos de promoção da saúde no Serviço?</li> <li>• Existe algum programa ou protocolo de serviço para a intervenção nos utentes com TVM?</li> </ul>
<p><b><u>AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta, Médico, Psicólogo)</li> </ul> <p>Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da “alta” do utente?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe alguma parceria/articulação de cuidados com os hospitais na preparação e no momento da alta hospitalar? Se sim, qual? Como?</li> <li>• Como articula a continuidade de cuidados?</li> <li>• Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade em ambulatório? Se sim, quais as situações mais frequentes?</li> <li>• O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</li> <li>• Que materiais/recursos existem no Serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação?</li> <li>• Quais as necessidades materiais sentidas?</li> </ul>
<b><u>Outras Atividades</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?</li> <li>• Projetos concebidos e/ou implementados do domínio do EEER?</li> <li>• Em que medida contribui o EEER para a formação dos pares? Existe identificação das necessidades de formação?</li> </ul>
<b><u>Fim da Entrevista</u></b>	Agradecimento pela entrevista

### Guião de Entrevista: Hospitais

<b>ÁREA</b>	<b>PERGUNTAS</b>
<b><u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u></b>	<p>Apresentação Apresentação dos objetivos da visita/entrevista Obtenção de consentimento</p>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a missão do Serviço?</li> <li>• Qual o método de trabalho no Serviço?</li> <li>• Como se caracteriza o espaço físico?</li> <li>• Lotação do Serviço (número de utentes)?</li> <li>• Que valências/serviços diferenciados estão disponíveis?</li> <li>• Proveniência dos utentes?</li> <li>• Qual a área geográfica de abrangência do Serviço?</li> <li>• Quais as patologias mais frequentes?</li> <li>• Qual o regime das visitas?</li> <li>• Como é constituída a equipa multidisciplinar?</li> <li>• Qual o horário de trabalho que é praticado?</li> <li>• Existe articulação com outros serviços?</li> </ul>
<b><u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são Enfermeiros Generalistas? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?</li> <li>• O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros Especialistas? Se sim, porquê e como?</li> <li>• Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação pelos turnos?</li> <li>• Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no Serviço?</li> <li>• Existe enfermeiro de referência?</li> <li>• Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios? Esse número difere do Enfermeiro Generalista?</li> <li>• Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> <li>• Algum EEER tem investido em doentes com TVM. Se sim, de que forma? E se tem em conta a atividade física?</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o tempo médio de internamento dos utentes?</li> <li>• Quais as características da população que o Serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensorio-cognitivos,</li> </ul>

	<p>compromissos sensório-motores, condições socioeconómicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?</li> <li>• Quais as AVD mais afetadas e mais trabalhadas nos utentes com TVM?</li> </ul>
<b><u>AVALIAÇÃO DOS UTENTES</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como realiza a seleção dos utentes alvo de cuidados especializados em reabilitação?</li> <li>• Os utentes podem também ser referenciados por outros profissionais para os EEER? Se sim, como é efetuado esse processo?</li> <li>• Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> </ul>
<b><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER?</li> <li>• Qual a metodologia de trabalho utilizada pelos EEER?</li> <li>• Como procede ao planeamento dos cuidados?</li> <li>• De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento?</li> <li>• O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?</li> <li>• Apenas presta cuidados aos utentes do Serviço ou dá apoio a outros serviços?</li> <li>• Tempo atribuído para desempenhar funções na área de reabilitação?</li> <li>• Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? Usam escalas?</li> <li>• Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação?</li> <li>• Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados?</li> <li>• Qual a recetividade do utente/cuidador aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?</li> <li>• Vê impacto de resultados consoante a adesão/envolvência da pessoa aos cuidados?</li> <li>• Que indicadores de saúde são evidenciados no Serviço?</li> <li>• Como é que o cuidador é incluído nos cuidados planeados?</li> <li>• Existem momentos de promoção da saúde no Serviço?</li> <li>• Existe algum programa ou protocolo de serviço para a intervenção nos utentes com TVM?</li> </ul>
<b><u>AUTONOMIA, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Terapeuta da Fala, Nutricionista, Médico, Psicólogo)</li> </ul>

<p><b><u>RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como prepara a alta do utente para o regresso ao domicílio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta do utente?</li> <li>• Existe alguma parceria/articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta? Se sim, qual? Como?</li> <li>• Como articula a continuidade de cuidados?</li> <li>• Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade em ambulatório? Se sim, quais as situações mais frequentes?</li> <li>• O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</li> <li>• Que materiais/recursos existem no Serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação?</li> <li>• Quais as necessidades materiais sentidas?</li> </ul>
<p><b><u>Outras Atividades</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem algum projeto que gostaria de concretizar? Existe dificuldade em implementar projetos?</li> <li>• Projetos concebidos e/ou implementados do domínio do EEER?</li> <li>• Em que medida contribui o EEER para a formação dos pares? Existe identificação das necessidades de formação?</li> </ul>
<p><b><u>Fim da Entrevista</u></b></p>	<p>Agradecimento pela entrevista</p>

## **Apêndice II**

Descrição dos Locais de Estágio

## Descrição dos Locais de Estágio

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (CCI), em é multidisciplinar, composto por sete enfermeiras, todas elas especialistas de várias áreas, três das quais de reabilitação.

Com sede num , com elevador. Trata-se de uma unidade aberta a todas as pessoas que dela necessitarem. Tem uma sala de arrumos, o cantinho da amamentação, a sala da coordenadora, a sala da saúde comunitária, de pediatria, de saúde materna e de reabilitação, uma copa, uma sala de refeições e reuniões e o vestiário. O apoio administrativo é dado por uma secretária de unidade.

A primeira visita domiciliária deverá ser efetuada por uma enfermeira, uma assistente social, e pelo médico de família, o que nem sempre acontece por indisponibilidade deste último. Sempre que necessário é chamada uma psicóloga para uma visita posterior.

Prestam cuidados a vinte camas de adultos, mais duas de crianças, todos os dias da semana, se for necessário, e o rácio é de mais ou menos cinco utentes para cada enfermeira, que são gestoras de caso, ficando ao seu critério a avaliação e implementação de todos os cuidados prestados e a prestar.

As patologias mais frequentes são traumatismos crânio encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, fraturas do colo do fémur e patologias respiratórias, sendo a população alvo todas as pessoas em situação de perda de autonomia portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, e cuja situação não requer internamento. A média de “internamento” é de 100 dias, contudo, existem alguns utentes a quem não é possível dar alta.

A CCI presta cuidados a idosos dependentes, a grupos vulneráveis como grávidas, por exemplo na preparação para o parto, a bebés (massagem infantil, amamentação, etc.), ao núcleo de apoio de crianças e jovens de risco, em escolas e na comunidade.

Os registos são realizados no Gestcare CCI logo nas primeiras 24h de “internamento” do utente, e mensalmente é feita a avaliação das escalas (tabela nacional de funcionalidade ou classificação de funcionalidade para os idosos, entre outras). De quinze em quinze dias existe a reunião da Equipa de Cuidados

Continuados Integrados e a Unidade de Cuidados na Comunidade reúne-se uma vez por semana.

Tem apoios de materiais fornecidos através da Santa Casa da Misericórdia, da Fundação de Alzheimer e através de doações por parte de particulares.

O Serviço de do Hospital abrange uma vasta área geográfica e populacional, sendo a sua área de abrangência os concelhos de Almada, Seixal, Setúbal e litoral Alentejano. Este Serviço foi inaugurado em 1994 e o seu foco são cuidados médicos e de enfermagem aos utentes do foro neurocirúrgico e neurotraumatológico.

Este Serviço encontra-se localizado no piso e dispõe de quinze camas de enfermaria, quatro camas de unidade de cuidados de intermédios, quatro camas de cuidados intensivos, seis camas na unidade cirúrgica partilhada e duas macas. As patologias mais frequentes são doenças degenerativas, cirúrgicas e traumáticas, lesões tumorais, lesões vasculares e acidentes vasculares hemorrágicos.

É um Serviço que integra uma equipa multidisciplinar com trinta e seis enfermeiros, entre os quais quatro são EEER, sendo os restantes generalistas, médicos (seis neurocirurgiões, seis internos e intensivistas) e dezasseis assistentes operacionais, em permanência. Integram, ainda, fisiatras, fisioterapeutas, dietistas, terapeuta da fala, psicólogos, assistentes sociais, secretárias de unidade e a equipa de neuro oncologia e neurorradiologia.

Os enfermeiros de reabilitação só fazer manhãs e tardes (inclusive, fins de semana e feriados) e raramente contam como elemento, são eles que decidem a quantos utentes prestam cuidados e quais as suas prioridades. Quando estão dois EEER no mesmo turno um presta cuidados aos utentes da enfermaria e o outro fica nas duas unidades (cuidados intermédios e intensivos), no entanto esta divisão de trabalho não é definitiva, pois todas as atividades se desenvolvem em equipa e existem enfermeiros que estão mais ligados a uma ou a outra área específica de reabilitação.

Os registos de enfermagem são efetuados no sistema informático, onde os enfermeiros especialistas escrevem em notas gerais as suas intervenções, mas também têm um sistema de registo próprio onde descrevem todas as intervenções efetuadas aos utentes internados e onde obtém indicadores que refletem os seus cuidados.

A preparação para a alta é uma constante preocupação de todos os elementos da equipa de enfermagem desde o momento da admissão do utente e existem grande preocupação na inclusão da família. Os doentes com limitações ou incapacidades são

encaminhados para centros de reabilitação e para a RNCCI com o apoio da assistente social e sempre que têm alta levam uma carta elaborada pelos enfermeiros de reabilitação.

Em termos de matérias e recursos o Serviço encontra-se bastante equipado, dispondo de bastões, elevadores elétricos, camas elétricas, cadeiras de rodas universais e de espaldar alto, máquinas de pressão alternada, almofadas de posicionamento e de vários tamanhos, almofadas de gel, espelho quadriculado, pedaleiras, espirómetros, cadeiras e maca de banho e tábua de transferência.

A do Hospital pertence ao Centro Hospitalar de Lisboa e abrange uma área geográfica bastante ampla, desde o distrito de Santarém até ao Alentejo, incluindo Lisboa. Recebe, ainda, utentes do arquipélago dos Açores, da Guiné, de São Tomé e de Cabo Verde. Este Serviço foi inaugurado em 1992 pelo Dr. Guimarães da Rocha e o seu foco são cuidados médicos e de enfermagem aos utentes com LVM. Posteriormente, abriu a Unidade de Fraturas.

Tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados na prevenção, tratamento e reabilitação às pessoas com lesão vertebral, com e sem lesão medular ou lesão radicular; assegurando eficiência e qualidade dos cuidados de acordo com as melhores práticas clínicas e promovendo uma eficiente utilização de recursos, no respeito absoluto pela individualidade da pessoa.

Este Serviço encontra-se localizado um piso acima do Serviço . É constituído por vinte e três camas, oito destinadas à e quinze à

As patologias traumáticas mais frequentes na são devido a quedas ou a acidentes de viação, sendo estes últimos em menor percentagem. As patologias não traumáticas são hérnias discais, espondilodiscites, espondilolisteses, canais estreitos cervicais e lombares, desvios axiais da coluna vertebral e patologia oncológica primária ou secundária, sendo esta última pouco frequente por os utentes serem internados no Serviço de Medicina.

É um Serviço constituído por uma equipa multidisciplinar, com uma enfermeira responsável, sem segundo elemento. Fazem parte da equipa vinte e um enfermeiros, seis deles de reabilitação e os restantes quinze generalistas. Muitos dos quais encontram-se a tirar especialidades em outras áreas, tais como médico-cirúrgica e saúde mental. Trabalham com o método individual de trabalho e de enfermeiro responsável, acompanhando sempre que possível, o mesmo utente para que haja continuidade de cuidados.

Fazem, também, parte da equipa seis médicos (quatro ortopedistas e dois fisiatras), fisioterapeutas, psicólogos, dietistas, assistentes sociais, assistentes operacionais e duas secretárias de unidade.

Um dos enfermeiros de reabilitação tem horário fixo de manhã, trabalhando também, aos fins de semanas e feriados, os restantes fazem *roulement*. Todos contam como elemento prestador de cuidados e cada um tem cerca de cinco utentes atribuídos.

Os registos de enfermagem são efetuados no sistema informático (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), fazem a avaliação do risco de úlcera de pressão e de quedas, preenchem *online* o pedido de cuidados continuados, têm folha de registo de *check-list* (para registar os ensinamentos efetuados), e no momento da admissão e da alta fazem a avaliação da escala de ASIA, MIF e grelha de avaliação do equilíbrio. O enfermeiro de reabilitação faz uma “carta informatizada para a alta ou transferência” para doentes com lesão medular.

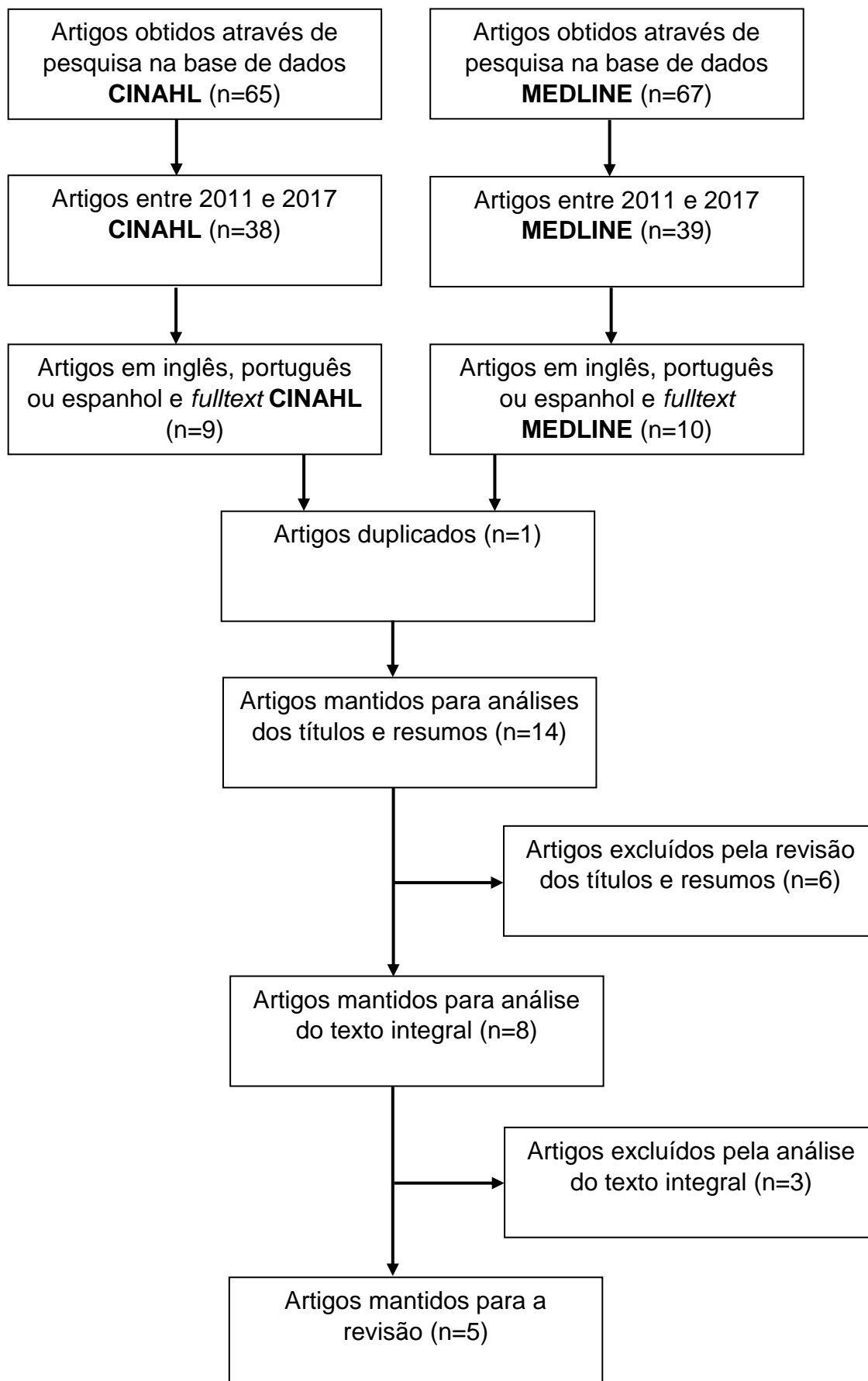
A preparação para a alta é muito trabalhada por todos os elementos da equipa e tem em conta o utente e a família, dando tempo para que ocorra a aceitação do problema e para que não haja desgaste de ambos. A preparação para a alta é trabalhada individualmente, tendo sempre em conta a pessoa a quem prestam cuidados, nomeadamente, os seus hábitos de vida e perspetivas futuras. O horário das visitas é das 12 às 21 horas.

O doente com lesão medular, no momento da alta, é encaminhado para uma consulta, para o Hospital (Serviço de ) e caso seja tetraplégico, para o Centro de Medicina de Reabilitação .

Em termos de matérias e de recursos o Serviço encontra-se equipado, dispondo de maca de banho, plano inclinado, almofadas, cadeiras de rodas universais e de espaldar alto, cama tipo *Stricker*. Alguns deste material está em uso desde a abertura do Serviço, ou seja, há cerca de 25 anos, apresentado algum desgaste.

### **Apêndice III**

#### Fluxograma da Pesquisa nas Bases de Dados



## **Apêndice IV**

Competências, Objetivos, Atividades e Critérios de Avaliação Planeados em Projeto de Formação

Domínio e Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>B – Melhoria dos Cuidados</b></p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos</p>	<p>1. Ampliar os conhecimentos técnicos e científicos na área da prestação de cuidados à pessoa com LVM através da promoção da atividade física, que sirvam de base a uma prática de qualidade baseada na evidência</p>	<p>1.1. Pesquisa de bibliográfica sobre os temas (base de dados, biblioteca, google);</p> <p>1.2. Consulta de bibliografia: livros, artigos, teses;</p> <p>1.3. Desenvolvimento de conhecimentos sobre a pessoa com LVM, e as suas principais alterações a nível sensoriomotor;</p> <p>1.4. Desenvolvimento de conhecimentos sobre a atividade física e os seus benefícios.</p>	<p>Domicílio</p> <p>ESEL</p> <p>CCI</p> <p>Hospital</p> <p>CMR</p>	<p>1.1.1. Ter pesquisado nas bases de dados;</p> <p>1.2.1. Ter consultado bibliografia pertinente sobre o tema;</p> <p>1.3.1. Ter desenvolvido conhecimentos teóricos sobre a pessoa com LVM e as principais alterações sensoriomotoras;</p> <p>1.4.1. Ter desenvolvido conhecimentos sobre a atividade física e os seus benefícios.</p>
<b>Recursos</b>	<p><u>Humanos</u>: Professora Orientadora e EEER orientadores no ensino clínico; Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação; <u>Materiais</u>: Computador com acesso à internet; Apontamentos, artigos e diapositivos fornecidos ao longo do curso; Livros, artigos, teses, e trabalhos pedagógicos consultados. <u>Temporais</u>: ver cronograma</p>			
<p><b>Crítérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolver competências do EEER.</li> <li>- De que modo as atividades e estratégias planeadas são importantes no desenvolvimento de competências do EEER, tendo em conta a prática baseada na evidencia (prática e investigação), a melhoria da qualidade e desenvolvimento de conhecimentos científicos e técnicos que visam melhorar a qualidade de vida da pessoa com LVM de forma a prevenir complicações e incapacidades com o recurso a atividade física.</li> <li>- Em que medida as atividades delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências que permitam desempenhar um papel dinamizador e suporte nas estratégias institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; promover o autoconhecimento e a assertividade; e passear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</li> </ul>				

Domínio e Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>A – Responsabilidade profissional, ética e legal</b>  A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção  A2. Promove prática de Cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b>  B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>C – Gestão dos Cuidados</b>  C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e os seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>  D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade  D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos</p> <p><b>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b>  J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p>	<p>2. Integrar e compreender a dinâmica funcional do Serviço na sua vertente estrutural e organizacional para a integração nas equipas</p>	<p>2.1. Realização de entrevista informal para conhecer e compreender a dinâmica do Serviço (com a enfermeira chefe/coordenadora e os enfermeiros de reabilitação);  2.2. Visita as instalações do Serviço (conhecer o espaço físico e recursos humanos e materiais);  2.3. Apresentação à equipa multidisciplinar;  2.4. Conhecimento da dinâmica e funcionalidade/organização do Serviço;  2.5. Consulta de manuais e normas do Serviço (guias do serviço, regulamentos e protocolos);  2.6. Consulta de projetos do EEER em curso  2.7. Apresentação do projeto de formação ao enfermeiro orientador;  2.8. Acompanhamento e observação do enfermeiro orientador na prestação de cuidados;  2.9. Colaboração com o EEER nas intervenções de enfermagem na maioria das situações;  2.10. Identificação e avaliação dos recursos do Serviço que possam ser mobilizados para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação;  2.11. Integração progressiva na equipa de enfermagem e multidisciplinar como EEER.</p>	<p>CCI  Hospital  CMR</p>	<p>2.1.1. Ter realizado a entrevista informal com a enfermeira chefe/coordenadora e enfermeiros de reabilitação aplicando os guiões de entrevista;  2.2.1. Realizar visita aos locais de estágio;  2.2.2. Conhecer o espaço físico e os recursos humanos e materiais;  2.3.1. Ter conhecido a maioria dos elementos da equipa multidisciplinar;  2.4.1. Ter conhecimento da dinâmica e funcionalidades do Serviço;  2.5.1. Ter consultado os manuais e normas do Serviço;  2.6.1. Ter consultado os projetos em curso do EEER;  2.7.1. Ter apresentado o projeto ao enfermeiro orientador;  2.8.1. Ter acompanhado e observado o enfermeiro orientador na prestação de cuidados;  2.9.1. Ter colaborado com o EEER nas intervenções de enfermagem nas várias situações de cuidados;  2.10.1. Ter identificado e avaliado os recursos do Serviço que podem ser mobilizados para melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação;  2.11.1. Integrar a equipa multidisciplinar, assumindo gradualmente o papel de EEER.</p>

<b>Recursos</b>	<u>Humanos</u> : EEER orientadores no ensino clínico; Enfermeiras chefe/coordenadora; Professora orientadora; Equipa multidisciplinar. <u>Materiais</u> : Acesso a protocolos, normas, manuais do serviço; Guião de entrevista. <u>Temporais</u> : ver cronograma
<b>CrITÉrios de avaliação:</b> - Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolvimento de competências do EEER e para a integração na equipa multidisciplinar. - De que modo as estratégias e atividades realizadas permitem conhecer e integrar a dinâmica funcional do serviço e equipa. - Em que medida as atividades delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências que permitam desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promover a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; criar um ambiente terapêutico e seguro; gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional; promover o autoconhecimento e a assertividade; passear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; e cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	

Domínio e Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>A – Responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2. Promove prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos</p>	<p>3. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação</p>	<p>3.1. Desenvolvimento de competências relacionais na abordagem à pessoa e cuidados;</p> <p>3.2. Comunicação adequada;</p> <p>3.3. Prestação de cuidados à pessoa com LVM tendo por base os princípios éticos e o código deontológico (respeito pelos princípios de individualidade, justiça e liberdade);</p> <p>3.4. Realização de “entrevista” ao doente/cuidador no sentido de perceber os seus medos, dificuldades e expectativas futuras;</p> <p>3.5. Estabelecimento de relação terapêutica e profissional, de forma a realização de um plano adequado e individualizado;</p> <p>3.6. Envolvimento da pessoa e cuidador no processo de reabilitação (tomada de decisão e elaboração do plano de cuidados);</p> <p>3.7. Realização de pelo menos uma reflexão escrita/jornal de aprendizagem, semanalmente, nos ensinos clínicos;</p> <p>3.8. Análise num período máximo de 2 semanas com o enfermeiro orientador sobre o desenvolvimento das competências teóricas e práticas de enfermagem de reabilitação, tendo em vista a constante melhoria e aperfeiçoamento.</p>	<p>CCI</p> <p>Hospital</p> <p>CMR</p>	<p>3.1.1. Ter desenvolvido competências no estabelecimento de uma relação terapêutica e profissional;</p> <p>3.2.1. Utilizar linguagem adequada a cada pessoa, para esta nos compreender; nunca retirar a esperança, nem dar falsas expectativas;</p> <p>3.3.1. Ter prestado cuidados à pessoa com LVM tendo por base os princípios éticos e o código deontológico (respeito pelos princípios de individualidade, justiça e liberdade);</p> <p>3.4.1. Ter realizado no mínimo 2 “entrevista” ao doente/cuidador no sentido de perceber os seus medos, dificuldades e expectativas futuras;</p> <p>3.5.1. Criar relação terapêutica, como meio de desenvolver um plano de reabilitação adequado;</p> <p>3.6.1. Ter envolvido a pessoa e o cuidador no processo de reabilitação;</p> <p>3.7.1. Ter realizado pelo menos uma reflexão escrita semanalmente, nos ensinos clínicos;</p> <p>3.8.1. Ter tido feedback por parte do enfermeiro orientador sobre situações decorridas ao longo do ensino clínico num período máximo de 2 semanas, tendo em vista o meu desenvolvimento profissional.</p>

<b>Recursos</b>	<u>Humanos</u> : Professora Orientadora e EEER orientadores no ensino clínico, professora orientadora; Equipa multidisciplinar; Pessoa/Cuidador. <u>Materiais</u> : equipamento de apoio que ajude na comunicação; Código deontológico; Regulamento das competências; Livros revistas, publicações da área ética, deontológica e da comunicação; <u>Temporais</u> : ver cronograma
<b>CrITÉrios de avaliação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolver competências do EEER.</li><li>- De que modo as atividades e estratégias desenvolvidas permitem desenvolver competências especializadas na comunicação e estabelecimento de uma boa relação profissional e terapêutica com a pessoa e cuidador de forma a aderirem ao plano de reabilitação com o objetivo de capacitar, otimizar e maximizar a pessoa.</li><li>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas são fundamentais para o desenvolvimento de uma prática baseada em princípios éticos e deontológicos.</li><li>- Em que medida as atividades delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências que permitam desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promover a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; criar um ambiente terapêutico e seguro; promover o autoconhecimento e a assertividade; e passear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</li></ul>	

Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desempenho e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p><b>C – Gestão dos cuidados</b></p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos</p> <p><b>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</p> <p>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</p>	<p>4. Conceber e implementar programas de intervenções no domínio da enfermagem de reabilitação, com ênfase na pessoa com deficiência</p>	<p>4.1. Identificação diária, planeamento e avaliação das necessidades de intervenção específicas em enfermagem de reabilitação;</p> <p>4.2. Avaliação das capacidades da pessoa e sua motivação;</p> <p>4.3. Elaboração de um plano de cuidados individualizado;</p> <p>4.4. Transmissão e registos à cerca da evolução clínica da pessoa;</p> <p>4.5. Compreensão das funções dos diversos elementos da equipa multidisciplinar;</p> <p>4.6. Colaboração e estabelecer boa relação com a equipa multidisciplinar para que haja continuidade de cuidados;</p> <p>4.7. Elaboração de um folheto ou ação de formação sobre a pessoa com LVM e a atividade física ou dar resposta a alguma necessidade do serviço.</p>	<p>CCI</p> <p>Hospital</p> <p>CMR</p>	<p>4.1.1. Ter identificado, planeado e avaliado as necessidades de intervenção do EEER num utente com a colaboração do orientador;</p> <p>4.2.1. Ter avaliado as capacidades e a motivação do utente;</p> <p>4.3.1. Ter elaborado vários planos de cuidados personalizado e adaptado à pessoa;</p> <p>4.4.1. Ter transmitido e registado a evolução clínica da pessoa;</p> <p>4.5.1. Ter compreendido as funções dos elementos da equipa multidisciplinar, dando ênfase à função do EEER;</p> <p>4.6.1. Ter colaborado e estabelecido boa relação com a equipa na prestação de cuidados à pessoa com necessidade de reabilitação;</p> <p>4.7.1. Ter elaborado um folheto ou ação de formação sobre a pessoa com LVM e a atividade física ou ter dado resposta a alguma necessidade do serviço.</p>

<b>Recursos</b>	<u>Humanos</u> : Professora Orientadora e EEER orientadores no ensino clínico; Equipa multidisciplinar; Pessoa/Cuidador. <u>Materiais</u> : processo clínico; <u>Temporais</u> : ver cronograma
<b>Critérios de avaliação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolver competências do EEER.</li><li>- Em que medida as atividades delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências que permitam desempenhar um papel dinamizador e suporte nas estratégias institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional; promover o autoconhecimento e a assertividade; passear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</li><li>- De que modo as atividades e estratégias delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências do EEER, que permitiram cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</li></ul>	

Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>A - Responsabilidade profissional, ética e legal</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B1. Desempenha um papel dinamizador no desempenho e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p><b>C – Gestão dos cuidados</b> C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos</p> <p><b>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> 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</p>	<p>5. Planear cuidados de enfermagem especializados e individualizado à pessoa com LVM (a nível motor, sensorial, cardiorrespiratório, cognitiva, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) que visam capacitar, otimizar e maximizar a funcionalidade</p>	<p>5.1. Prestação de cuidados à pessoa com LVM tendo por base os princípios presentes no código deontológico;</p> <p>5.2. Elaboração de plano de cuidados;</p> <p>5.3. Prestação de cuidados adequados e individualizados à pessoa nas diferentes áreas (motora, cognitiva, respiratória) que viram a redução de complicações, promover a funcionalidade e aumentar o seu potencial: - Realização de técnicas na Reeducação Funcional Respiratória; - Realização de técnicas para maximizar o desempenho motor; - Realização da avaliação neurológica;</p> <p>5.4. Prestação de cuidados à pessoa com LVM, recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa;</p> <p>5.5. Utilização dos modos de ação propostos por Orem;</p> <p>5.6. Inclusão da pessoa e cuidador no plano de cuidados, capacitando-os para a máxima independência e autonomia, visando a promoção do autocuidado;</p> <p>5.7. Integração dos cuidados especializados num plano de reabilitação global e multidisciplinar;</p> <p>5.8. Avaliação dos resultados das intervenções do EEER; - Aplicação de escalas de avaliação (ex. MIF, CIF ASIA, Morse, Braden, Barthel), na avaliação inicial e como instrumento de avaliação das intervenções.</p>	<p>CCI</p> <p>Hospital</p> <p>CMR</p>	<p>5.1.1. Ter prestado cuidados com base nos princípios presentes no código deontológico;</p> <p>5.2.1. Ter elaborado e definir vários planos de cuidados;</p> <p>5.3.1. Ter aplicado o plano de cuidados individualizados e adaptados à pessoa com vista a redução de complicações, promover a funcionalidade e aumentar o seu potencial;</p> <p>5.3.2. Ter aprofundado e desenvolvido técnicas específicas do EEER</p> <p>5.3.3. Ter realizado técnicas de respiração diafragmática e costal, drenagem postural, manobras acessórias e uso de dispositivos auxiliares, pelo menos a 2 utentes;</p> <p>5.3.4. Ter realizado posicionamentos, mobilizações (passivas, passivas-assistidas, ativas), plano inclinado, transferências, levante, utilização de produtos de apoio, pelo menos a 2 utentes;</p> <p>5.3.5. Ter realizado a avaliação neurológica, pelo menos a 2 utentes;</p> <p>5.4.1. Prestar cuidados enquadrados nos sistemas de enfermagem definidos por Orem;</p> <p>5.5.1. Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem;</p> <p>5.6.1. Integrar a pessoa e o cuidador no plano de cuidados, capacitando-os para a máxima independência e autonomia, promovendo o autocuidado;</p>

<p><b>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p>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</p> <p><b>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório</p> <p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados</p>		<p>5.9. Reformulação e adaptação do plano de cuidados de acordo com a pessoa e os seus objetivos;</p> <p>5.10. Justificação das intervenções e comunicação de resultados do plano de cuidados implementado.</p>	<p>5.7.1. Integrar os cuidados de enfermagem de reabilitação num plano de reabilitação global;</p> <p>5.8.1. Ter avaliado os resultados obtidos após a intervenção do EEER;</p> <p>5.8.2. Ter usado escalas de avaliação, para monitorização da evolução da pessoa e resultados dos planos implementados;</p> <p>5.9.1. Reformular e adaptar o plano de cuidados;</p> <p>5.10.1. Ter justificado as intervenções, comunicado e discutido resultados com a equipa e os orientadores de estágio dos planos implementados.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><u>Humanos</u>: Professora Orientadora e EEER orientadores no ensino clínico; Equipa multidisciplinar; Pessoa/Cuidador. <u>Materiais</u>: processo clínico; Fontes de informação (base de dados, livro, artigos, sites, apontamentos e diapositivos), equipamento/material de apoio do serviço <u>Temporais</u>: ver cronograma</p>		
<p><b>CrITÉrios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolver competências do EEER.</li> <li>- Em que medida as atividades delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências que permitam desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; desempenhar um papel dinamizador e suporte nas estratégias institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional; passear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</li> <li>- De que modo as atividades e estratégias delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências do EEER, que permitiram cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</li> </ul>			

Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p>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</p> <p>J1.3. Implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções motor, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p>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</p> <p>J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p> <p><b>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório</p>	<p>6. Desenvolver competências do EEER com vista à satisfação da pessoa, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado através de intervenções de enfermagem como a promoção da atividade física</p>	<p>6.1. Identificação das necessidades formativas;</p> <p>6.2. Pesquisas bibliográficas com base na evidência científica o mais recente possível;</p> <p>6.3. Identificação e avaliação de problemas sensíveis à intervenção do EEER, que visam a satisfação da pessoa e promoção da saúde;</p> <p>6.4. Identificação e avaliação precoce das limitações de atividade, incapacidade e suas restrições;</p> <p>6.5. Elaboração de um programa de reabilitação;</p> <p>6.6. Implementação do processo de enfermagem de reabilitação;</p> <p>6.7. Promoção do autocuidado com recurso aos sistemas de enfermagem definidos por Orem;</p> <p>6.8. Demonstração da utilização de produtos de apoio;</p> <p>6.9. Realização de registos de enfermagem que deem visibilidades aos programas de reabilitação e que permitam a continuidade dos cuidados por parte da pessoa/cuidador e dos restantes elementos da equipa;</p> <p>6.10. Elaboração de um folheto/ação de formação sobre a promoção da atividade física ou outra necessidade do serviço;</p> <p>6.11. Colaboração nos projetos a serem desenvolvidos e implementados no Serviço.</p>	<p>CCI</p> <p>Hospital</p> <p>CMR</p>	<p>6.1.1. Ter identificado necessidades formativas;</p> <p>6.2.1. Ter pesquisado sobre a temática ser abordada;</p> <p>6.3.1. Ter identificado e avaliado problemas sensíveis à intervenção do EEER;</p> <p>6.4.1. Ter identificado e avaliado as limitações de atividade, incapacidade e suas restrições;</p> <p>6.5.1. Ter elaborado um programa de reabilitação com planos de intervenção que permitam maximizar a capacidade funcional da pessoa;</p> <p>6.6.1. Ter implementado o plano de reabilitação; ter ensinado técnicas para promover o autocuidado; ter realizado treino de AVD;</p> <p>6.7.1. Ter promovido o autocuidado com recurso aos sistemas de enfermagem definidos por Orem (sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação);</p> <p>6.8.1. Ter ensinado e demonstrado o modo de utilização de produtos de apoio;</p> <p>6.9.1. Ter realizado registos de enfermagem de reabilitação como vista a dar visibilidade dos cuidados e a promover a continuidade de cuidados;</p> <p>6.10.1. Ter elaborado um folheto ou ação de formação sobre a promoção da atividade física ou outro tema de interesse para o locais de estágio;</p>

				6.11.1. Ter colaborado/dado algum contributo nos projetos do Serviço.
<b>Recursos</b>	<u>Humanos</u> : Professora Orientadora e EEER orientadores no ensino clínico; Equipa multidisciplinar; Pessoa/Cuidador. <u>Materiais</u> : Processo clínico; Protocolos, normas, manuais e sistema de registo; Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do EEER; Pesquisas bibliográficas, Equipamento de apoio do serviço. <u>Temporais</u> : ver cronograma			
<b>Crítérios de avaliação:</b> - Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolver as competências do EEER. - De que modo as atividades e estratégias delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências do EEER, que permitiram cuidar da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.				

Competências	Objetivo específico	Atividades	Local	Indicadores
<p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos</p>	<p>7. Elaborar o relatório final do projeto de formação</p>	<p>7.1. Identificação, avaliação e procura do máximo de momentos de aprendizagem ao longo do estágio;</p> <p>7.2. Promover momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas com o EEER orientador, no sentido de obter <i>feedback</i> sobre o desempenho em estágio pelo menos de 2 em 2 semanas;</p> <p>7.3. Realização de uma reflexão sistemática, crítica e construtiva recorrendo a jornais de aprendizagem, semanalmente;</p> <p>7.4. Partilha das reflexões elaboradas com a professora orientadora;</p> <p>7.5. Realização de análise crítica e reflexiva dos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos do projeto;</p> <p>7.6. Identificação e avaliação de competências a desenvolver;</p> <p>7.7. Realização do relatório final do projeto de formação.</p>	<p>Domicílio</p> <p>ESEL</p> <p>CCI</p> <p>Hospital</p> <p>CMR</p>	<p>7.1.1. Ter identificado, avaliado e procurado o máximo de momentos de aprendizagem ao longo do estágio;</p> <p>7.2.1. Ter promovido momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas com o EEER orientador, no sentido de obter <i>feedback</i> sobre o desempenho em estágio pelo menos de 2 em 2 semanas;</p> <p>7.3.1. Ter realizado uma reflexão sistemática, crítica e construtiva recorrendo a jornais de aprendizagem, semanalmente;</p> <p>7.4.1. Ter partilhado as reflexões elaboradas com a professora orientadora;</p> <p>7.5.1. Ter realizado uma análise crítica e reflexiva dos fatores inibidores e facilitadores para alcançar os objetivos do projeto;</p> <p>7.6.1. Ter identificado e avaliado as competências a desenvolver;</p> <p>7.7.1. Ter realizado o relatório final do projeto de formação.</p>
<b>Recursos</b>	<p><u>Humanos</u>: Professora Orientadora; EEER orientadores no ensino clínico; EEER; equipa multidisciplinar; <u>Materiais</u>: Computador com acesso à internet e às bases de dados; Apontamentos, artigos e diapositivos fornecidos ao longo do curso; Livros, artigos, teses, trabalhos pedagógicos; Regulamento das competências comuns e do EEER da OE; Código deontológico; diários de aprendizagem. <u>Temporais</u>: ver cronograma</p>			
<p><b>Critérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflete como as estratégias e atividades planeadas e realizadas são essenciais para atingir o objetivo e desenvolver competências do EEER.</li> <li>- De que modo as atividades e estratégias delineadas contribuem para o desenvolvimento de uma análise crítica e construtiva, contribuindo para a realização do Relatório Final do Projeto.</li> <li>- Em que medida as atividades delineadas contribuem para o desenvolvimento de competências que permitam promover o autoconhecimento e a assertividade; e passear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</li> <li>- De que forma elabora o relatório de estágio com base nas aprendizagens efetuadas ao longo dos estágios.</li> </ul>				

## **Apêndice IV**

Cronograma de Objetivos Planeado no Projeto de Formação



**ANEXOS**

## **Anexo I**

Avaliação Neurológica de acordo com a Escala ASIA



Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Exam \_\_\_\_\_  
 Examiner Name \_\_\_\_\_ Comments \_\_\_\_\_

### STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY

#### MOTOR

KEY MUSCLES

	R	L
C2		
C3		
C4		
C5	5	5
C6	4	4
C7	1	0
C8	0	0
T1	0	0
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1	0	0
L2	0	0
L3	0	0
L4	0	0
L5	0	0
S1	0	0
S2	0	0
S3		
S4-5		

Elbow flexors  
 Wrist extensors  
 Elbow extensors  
 Finger flexors (distal phalanx of middle finger)  
 Finger abductors (little finger)

0 = total paralysis  
 1 = palpable or visible contraction  
 2 = active movement, gravity eliminated  
 3 = active movement, against gravity  
 4 = active movement, against some resistance  
 5 = active movement, against full resistance  
 NT = not testable

Voluntary anal contraction (Yes/No)  N  Any anal sensation (Yes/No)  N

#### SENSORY

KEY SENSORY POINTS

	R	L
C2	2	2
C3	2	2
C4	2	2
C5	1	1
C6	0	0
C7	0	0
C8	0	0
T1	0	0
T2	0	0
T3	0	0
T4	0	0
T5	0	0
T6	0	0
T7	0	0
T8	0	0
T9	0	0
T10	0	0
T11	0	0
T12	0	0
L1	0	0
L2	0	0
L3	0	0
L4	0	0
L5	0	0
S1	0	0
S2	0	0
S3	0	0
S4-5	0	0

Pin Prick Score: R=7, L=7  
 Light Touch Score: R=7, L=7

TOTALS (MAXIMUM) (50) = 11 + 11 = 22 (100)  
 MOTOR SCORE

TOTALS (MAXIMUM) (56) = 7 + 7 = 14 (56)  
 PIN PRICK SCORE LIGHT TOUCH SCORE

<b>NEUROLOGICAL LEVEL</b> <small>The most caudal segment with normal function</small>	<b>COMPLETE OR INCOMPLETE?</b> <small>Incomplete - presence of any sensory or motor function in lowest sacral segment</small>	<b>ZONE OF PARTIAL PRESERVATION</b> <small>Caudal extent of partially innervated segments</small>	
SENSORY [C4] [C4] [C4] MOTOR [C6] [C6] [C6]	COMPLETE	SENSORY [C5] [C5] [C5] MOTOR [C7] [C7] [C7]	

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. 2003 Rev.

## **Anexo II**

Metas Funcionais de Reabilitação

<b>Metas Funcionais de Reabilitação</b>			
<b>Nível</b>	<b>Controlo músculo chave</b>	<b>Movimento</b>	<b>Metas Funcionais</b>
C1-C3	Esternocleidomastóideo, trapézio superior e elevador da escápula	Controle do pescoço	Dependente do ventilador mecânico
C4	C3 mais diafragma	Escolher os ombros	Cadeira de rodas elétrica; Mau equilíbrio sentado
C5	Bíceps braquial, deltoide e manguito rotador	Flexão/supinação do cotovelo e flexão e abdução do ombro	Alguns movimentos dos membros superiores
C6	Extensores de punho e supinador	Extensão e pronação do punho	Escovam os dentes e os cabelos; Alimentação
C7	Tríceps braquial, grande dorsal	Extensão do cotovelo e flexão/extensão dos dedos	Alimentação, cuidados pessoais e transferência para a cadeira de rodas manual
C8	Todos os músculos dos membros superiores, exceto lumbricais e interósseos	Movimentos finos dos dedos limitados	AVD, transferências e pode conduzir carros adaptados
D1-D5	Vários músculos intercostais e dorsais	Apoio do tronco sem movimento nos membros inferiores	Membros superiores normais; Paralisia dos membros inferiores; Praticamente independente na cadeira de rodas
D6-D12	Abdominais	Controlo do tronco	Bom equilíbrio sentado; Totalmente independência na cadeira de rodas; Em D6 faz posição de pé com ortóteses e em D12 pode deambulação com ortóteses
L1-L2	Psoas maior e iliopsoas	Flexão da anca	Deambulação com ortóteses e/ou dispositivos de reciprocidade
L3-L4	Quadríceps da coxa e tibial anterior	Extensão do joelho e flexão dorsal do pé	Independente nas AVD, ao nível da cadeira de rodas; Deambulação com ortóteses, canadianas/bengalas (marcha bamboleada); Tem dificuldade nas escadas
L5	Fibulares	Eversão	Deambulação com ortóteses
S1-S5	Glúteos, bexiga, intestinos e função sexual	Extensão da anca	Marcha normal

Quadro adaptado de Nascimento e Silva (2007)

**Anexo III**  
MIF e suas Instruções



NÍVEIS DE FUNÇÃO		Dependente - (com ajuda)				
		(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade 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	
AUTO-CUIDADOS	<b>A</b> ALIMENTAÇÃO	g) OU h) exº.: 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>B</b> HIGIENE PESSOAL	g) OU h) exº.: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	<b>C</b> BANHO LAVAR CORPO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	<b>D</b> VESTIR METADE SUP.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	<b>E</b> VESTIR METADE INF.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	<b>F</b> UTILIZAÇÃO DA SANITA	g) OU h) exº.: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
CONTROLE ESFÍNCTERES	<b>G</b> BEXIGA	g) OU h) exº.: 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 tem acidente ocasional (<=1x/dia)	k) molha-se quase diária; deve usar fralda haja ou não sonda ou colector	l) molha-se quase diária; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector
	<b>H</b> INTESTINO	g) OU h) exº.: 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 sujeito quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujeito quase diariamente; necessita de fralda com ou sem estoma.
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	<b>I</b> LEITOCADDEIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	<b>J</b> SANITA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	<b>K</b> BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	<b>L</b> MARCHA/ CAD. RODAS	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	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.
	<b>M</b> ESCADAS	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
COMUNICAÇÃO	<b>N</b> COMPREENSÃO	«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
	<b>O</b> EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (exº 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
COGNICÃO SOCIAL	<b>P</b> INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação.	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage 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
	<b>Q</b> RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	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
	<b>R</b> MEMÓRIA	g) exº.: 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

Indicação para a MIF

**Apêndice II**  
Reflexões/Jornais de Aprendizagem



## Regresso à comunidade

Com o regresso à comunidade dou por mim a refletir sobre diversas questões e dúvidas pessoais relacionadas com esta nova caminhada. Muitas das pessoas desconhecem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e que tipo de apoios são fornecidos por essas equipas; para onde vão os utentes após terem alta hospitalar antes de serem seguidos por estas equipas; como são selecionados os utentes; o porquê de pessoas que vivem sozinhas não poderem usufruir destas equipas, pois um dos critérios de exclusão é a inexistência de cuidador (Ministério da Saúde, 2014); para onde são encaminhados os utentes que sofrem de Lesão Vertebral Medular (LVM) ... sei que algumas das minhas questões vão ficar por serem respondidas.

Para a realização desta reflexão vou recorrer à realização de jornais de aprendizagem. Este documento possibilita o desenvolvimento do pensamento crítico, potenciando a reflexão e a reconstrução das várias experiências vivenciadas (Perrenoud, 1999) e teve por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs, que consiste em seis etapas que orientam o processo reflexivo, que são: descrição do evento, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

Estando a fazer parte da ECCI, é importante conhecer o seu objetivo e a sua dinâmica, pelo que, inicialmente tentei compreender a dinâmica de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), assim como da ECCI, para tal foram-nos fornecidos documentos com essa informação e foram retiradas dúvidas com a enfermeira orientadora.

Segundo o Despacho nº1981/2014 de 7 de fevereiro a RNCCI, criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social a pessoas que se encontrem em situação de dependência e tal como descreve a Ordem dos Enfermeiros (OE), a RNCCI foi concebida para

dar resposta às carências de cuidados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, do aumento de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Para tal, o modelo de

intervenção articulado da saúde e da segurança social tem natureza preventiva, recuperadora e paliativa, estando situado num nível intermédio entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar. (OE, 2009, p.3).

A RNCCI divide-se em Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração, Unidades de Longa Duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Caso os enfermeiros da ECCI achem necessário a referenciação para outras unidades, a ECCI tem autoridade para dar início a esse processo. Por exemplo, ao prestarem cuidados de saúde no domicílio é mais facilmente despistado o desgaste do prestador de cuidados, sendo possível sugerir o internamento numa unidade da RNCCI para descanso do prestador de cuidados, no entanto, trata-se de um processo demorado e que envolve muita burocracia.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde integram as UCC que por sua vez integram as ECCI.

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo 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. (OE, 2009, p.4)

A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, que inclui cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social entre outros, a utentes com dependência funcional, em processo de convalescença ou doença terminal, cuja situação clínica não requer internamento e que não consigam sair de casa autonomamente. Estas equipas têm como objetivo assegurar cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas programadas com base nas necessidades detetadas; cuidados de reabilitação; apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; e o apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das atividades de vida diária (manual de procedimento da ECCI, 2016).

Tentei conhecer as patologias mais frequentes nesta UCC e principalmente os utentes a que prestava cuidados diretamente o que inicialmente foi feito pela Enf. M.J. pois no segundo dia fui logo a casa dos utentes e não os conhecia, mas antes a enf<sup>a</sup> fazia um breve resumo da situação clínica e da sua evolução. Nos primeiros dias fiquei um pouco perdida pois não sabia muito bem como reagir ao entrar em casa dos utentes, devido a não estar habituada a esta realidade.

Por sempre ter trabalhado em meio hospitalar tentei inicialmente ver como é que a enf<sup>a</sup> M.J. fazia ao entrar em casa dos utentes e mesmo os próprios utentes punham-nos à vontade, como se se tratasse da nossa casa ou do nosso local de trabalho.

Esta unidade abrange várias zonas de Lisboa, de pessoas muito bem financeiramente e outras muito pobres e que residem em bairros sociais, pelo que me leva a refletir sobre diferentes contextos presentes na nossa sociedade.

A nível hospitalar estou habituada a tratar todas as pessoas da mesma forma e muitas vezes não me lembro destas diferenças. Por exemplo, na preparação para a alta este aspeto pode ser muito importante pois nem todas as pessoas vivem em boas condições sociais.

Conheci várias realidades e apercebi-me que existem vários apoios na comunidade para estas pessoas que se encontram com algum grau de dependência no domicílio, algo que não tinha noção, o que ajuda a que estes utentes não sejam institucionalizados. Só o fazendo em caso de desgaste do prestador de cuidados ou em situações de urgentes. Um dos grandes apoios na equipa são as assistentes sociais que trabalham muito bem com a equipa de enfermagem para fazerem tudo pelo bem dos utentes e famílias, devido a existir boa relação com a equipa de enfermagem e sempre que a parte de enfermagem ou os cuidadores solicitam alguma coisa ou é detetado algum problema elas tentam solucionar.

Tal como a equipa de enfermagem, as assistentes sociais também fazem a visita nas primeiras vinte e quatro horas de internamento para avaliar as condições sociais, os apoios que as pessoas necessitam (exemplo camas articuladas) e que direitos podem ter e repetem-na mensalmente. As assistentes da ECCI estabelecem não só boa relação com a equipa de enfermagem como com os utentes

e famílias e contactam com outras assistentes sociais caso seja necessário. Existe muita partilha de informação sobre o utente e sobre o que se pode oferecer de melhor para o utente/família. Semanalmente é realizada uma reunião da ECCI em que estão sempre presentes os enfermeiros e as assistentes sociais e por vezes a médica.

Ao longo desta semana, comecei a ter oportunidade de ter um papel mais ativo nas visitas realizadas aos utentes, tendo ficado bastante satisfeita com as várias oportunidades de aprendizagem. No início colaborava nos cuidados que a enf<sup>a</sup> M.J. realizava aos utentes, através da visualização inicial ou da verbalização de exercícios terapêuticos por parte da enfermeira, e posteriormente, prestava os cuidados de forma autónoma, com a supervisão da enfermeira orientadora. No entanto, ainda existem várias lacunas que pretendo corrigir no decorrer do estágio e com a prática de cuidados. Tenho que conhecer quais os objetivos dos utentes, ter atenção a minha posição ergonómica e tentar saber quais os projetos a serem implementados na unidade para tentar colaborar.

Ao ver e conhecer todo o trabalho prestado pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) e a sua importância, estou cada vez mais motivada para a aquisição de competências da enfermagem de reabilitação, para poder prestar todos os cuidados da melhor forma, para promover uma melhor autonomia e qualidade de vida às pessoas a quem presto cuidados e ajudar a atingir o seu potencial máximo de funcionalidade.

Numa situação futura, quando traçar um plano de cuidados vou ter em atenção o utente como um todo e também as suas condições sociais. Por trabalhar numa unidade de cuidados intensivos só estou habituada a trabalhar com os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, mas neste estágio vejo a importância de trabalhar em equipa e de envolver mais profissionais como o caso das assistentes social. De acordo com a evolução dos utentes também posso dar conhecimento aos familiares sobre estas equipas, pois são essenciais e trazem bastantes benefícios aos utentes e seus cuidadores.

## Referências Bibliográficas

Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Despacho n.º 1981/2014 de 7 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série, N.º 27. Ministério da Saúde. Lisboa.

[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual\\_Proced\\_Implement\\_Desenvol\\_ECCI\\_Jun2014.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual_Proced_Implement_Desenvol_ECCI_Jun2014.pdf).

<http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed Editora.

UCC . *Manual de procedimentos ECCI* . (2016). Acessível na UCC , Lisboa, Portugal.

## **Jornal de Aprendizagem Hospitalar**

A 23 de dezembro o Sr. C.M. de 31 anos de idade, sofreu um acidente com veículo motorizado (motociclo), dando entrada no serviço com o diagnóstico de fratura de D7 tipo Chance, tendo sido submetido a fixação posterior com parafusos transpediculares D5-D6-D8-D9 e artrodese com sistema malibu a 27 de janeiro. No dia 2 de janeiro foi realizada a ASIA, onde foi observado que se tratava de uma lesão completa (AIS A D7).

Desde a admissão que o Sr. C.M. se encontrava em negação à cerca da sua situação clínica e a perguntar quando iria voltar a andar. Na passagem de turno dos enfermeiros era referido diariamente que o utente se mantinha a fazer a mesmas questões e que não ouvia o que os enfermeiros diziam. O que pode estar relacionado com o facto do utente se encontrar na fase de negação/choque devido a sua nova condição de saúde. No meu primeiro contato, tentei conhecer o Sr. C.M. e mostrei abertura para o utente falar sobre os seus sentimentos e para o esclarecimento de dúvidas, por essa razão fez muitas questões sobre o seu futuro e sobre muitas dúvidas que tinha a cerca da sua nova condição de saúde (paraplegia). Tentei responder a todas as questões e nunca dei falsas esperanças, retorquindo que iria ter muito trabalho pela frente e que não podia desistir e estabeleci objetivos alcançáveis. No dia seguinte o utente repetiu algumas das questões do dia anterior e mencionou já ter realizado várias vezes as mesmas perguntas a várias pessoas, mas nunca tinha ouvido e apreendido a informação transmitida.

No início do internamento o utente chegou a referir “que se era para ficar sem andar preferia morrer” (sic). No dia 3 de janeiro, no momento da realização do terceiro levante para a cadeira de rodas com apoio de tábua de transferência devido a não ter equilíbrio de tronco e necessitar de apoio de outras pessoas referiu “que se sentia um inválido”. Para voltar a abordar o utente usei esta palavra e tentei perceber o porque de se sentir assim, o que estava a sentir e foi com essa conversa que consegui ganhar maior confiança não só por parte do utente como por parte da família, pois a conversa foi iniciada com o utente, mas a meio entrou a esposa que ficou a ouvir.

De início sempre que podia a família substituir o Sr. C.M. pois sentiam que o estavam a ajudar e a proteger, mas ao verem que fazia o oposto, que o estimulava e obrigava-o a fazer as coisas que ele era capaz, a família começou a ter uma atitude diferente.

Ao longo dessa semana trabalhei o utente diariamente estimulando a promoção da atividade física, no sentido de melhorar a autoestima, a mobilização assim como as atividades de vida diária (AVD) alimentação, higiene e vestir e despir. O Sr. C.M. no início do internamento necessitava de ser estimulado a participar nas sessões de reabilitação referindo que se sentia cansado e que já tinha realizado muitos exercício, mas ao longo do internamento foi modificando a sua atitude, ficando mais motivado e participativo.

As sessões de reeducação funcional motora contemplaram mobilizações ativas a nível dos membros superiores (MS) que eram realizadas com recurso a pesos de 3Kg e com repetições de 20 ciclos em todos os movimentos articulares; foram realizadas as mobilizações passivas a nível dos membros inferiores (MI); exercícios de fortalecimento dos músculos abdominais, da lombar, pelve e quadril e exercícios de treino de equilíbrio no leito e sentado na cadeira de rodas. Apresenta força 5/5 na escala de Lower a nível dos MSs e 0/5 a nível dos MIs, em relação ao equilíbrio apresenta equilíbrio sentado estático e ligeiro desequilíbrio dinâmico.

Realiza levante diário para cadeira de rodas uma a duas vez por dia por períodos de 3h com meias de contenção elásticas com boa tolerância. Utente ao longo das sessões mais participativo e com mais facilidade na transferência do leito para a cadeira e com mais dificuldade necessitando de apoio da cadeira para o leito.

Nos cuidados de higiene desde o início que estimei o utente para se autocuidar de forma mais independente possível, mas no primeiro banho o utente recusou-se a lavar os genitais referindo que não os sentia e por essa razão não os queria lavar. Após conversar calmamente com o Sr. C.M. no segundo dia o utente já se autocuidou sem qualquer tipo de dificuldades aceitando gradualmente a sua condição de saúde. Na higiene necessita de ajuda parcial, para lavar o tronco posterior e parte dos MIs.

Na alimentação o utente encontra-se independente. Na AVD vestir e despir encontra-se independente a vestir a parte superior, mas necessita de ajuda parcial para vestir a parte inferior.

Na deambulação com a cadeira de rodas o utente também se encontra independente, mas muito renitente a fazê-lo.

Ao longo das sessões o utente ficou mais empenhado no processo de reabilitação por ver alguns resultados e melhorias, como a transferência para a cadeira de rodas, o conseguir fazer alguns movimentos que anteriormente não realizada, o ter mais equilíbrio de tronco e conseguir realizar mais facilmente os push-up. Por vezes ainda se encontrava um pouco renitente por estar sempre a realizar exercícios, por parte dos enfermeiros de reabilitação e do fisioterapeuta. A colaboração da família e a estimulação para o utente realizar os exercícios pedidos, foi um elemento crucial para a recuperação do utente e para dar continuidade aos cuidados.

No dia 11 de janeiro fui com o utente ao ginásio observar a realização de *standing frame* tendo tolerado cerca de 15 min.



Esta vivência fez-me refletir sobre a essência dos cuidados de enfermagem de reabilitação e sobre o modo como motivamos o utente a iniciar e participar no processo de reabilitação de forma a melhorar a sua autoestima e promover o autocuidado. Não

devemos somente olhar para as competências técnicas, mas também para as relacionais, pois a minha ação visou proceder à melhoria da qualidade de vida, a aceitação da sua nova condição de saúde e a minimizar os efeitos das limitações instaladas. Pelo que tentei fazer com que estas limitações não levassem a situações de isolamento nem que se sentisse um “fardo” (expressão verbalizada pelo utente) para as pessoas mais próximas e que vivenciasse momentos de afetos e sentimentos.

A nossa presença e o incentivar o utente a verbalizar os seus sentimentos e dar tempo e espaço para se consciencializar da sua nova condição de saúde também é muito importante para a recuperação. Todos os cuidados prestados e a atenção dada ao utente e família motivaram o utente e foram essenciais para a participação do processo de reabilitação e para os resultados obtidos. Os cuidados prestados foram centrados na pessoa e na família, permitindo dar espaço para o utente verbalizar os seus sentimentos, conhecer melhor o utente e estabelecer um contato mais próximo não só com o utente como com a sua família. Não sendo eu a enfermeira direta a prestar cuidados de enfermagem a família sempre que me via vinha-me perguntar como é que se encontrava e se já participava mais no plano de reabilitação.

Esta experiência despoletou-me um misto de sentimentos por se tratar de um utente difícil de lidar devido à não aceitação da sua situação e por ser uma pessoa dentro da minha faixa etária e pelos comentários positivos que a família e o utente expressaram pelo trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Tive a oportunidade de estar presente na entrega do anel de noivado à sua namorada, momento que não estava à espera de presenciar nem de ser convidada para estar presente, o que demonstrou a existência de uma boa relação terapêutica e de confiança.

Ao analisar esta situação compreendi a importância da promoção da atividade física na pessoa com lesão vertebral medular (LVM), porque promove não só uma melhoria das AVD realizadas pelo utente, como o seu bem estar, e o estabelecido de uma relação terapêutica, assim como a realização de um plano de ação, para analisar a melhor forma de abordar o utente e os cuidados de que necessita. Os planos de cuidados permitem identificar os problemas do utente, definir os diagnósticos de

enfermagem, os objetivos, as intervenções de enfermagem, a evolução e os resultados atingidos (Caple, Schub & Pravikoff, 2017).

Como descrito da literatura pude evidenciar alguns dos benefícios da atividade física nas pessoas com LVM como:

aumentar a capacidade física, auxiliar a independência, melhorar o equilíbrio e a destreza na cadeira de rodas, possibilitar a vivência de sensações e movimentos novos, favorecer o autoconhecimento, a socialização e a readaptação física, bem como reduzir os fatores de risco para a saúde (...) promovendo um estilo de vida mais saudável (Melo, 2009, p.441).

Silva, Oliveira e Conceição (2005) referem que os benefícios da atividade física nas pessoas com LVM são: melhorar o consumo de oxigénio, aumentar a capacidade aeróbica, reduzir os riscos de doenças cardiovasculares e de infeções respiratórias, diminuir o número de úlceras de pressão, aumentar a qualidade de vida, favorecem a integração social, promover a independência, melhorar a autoimagem, auto estima e diminuir os distúrbios psicológicos, entre outros. Tal como Costa, Crispim, Madeira e Mimoso (2008) citam que a atividade física tem bastante importância para estes utentes, porém, estudos demonstram a baixa adesão a estes programas, como descrito nesta situação apesar de com o tempo a atitude do utente se ter alterado.

Ao longo de todo o contacto com o Sr. C.M. enfatizei a melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e a promoção da autonomia nas AVD através da atividade física. Tal como refere Henriques e Fumincelli (2017, p.433),

a reabilitação é um processo contínuo e não o somatório de um conjunto de ações, pelo que inclui as atividades de vida. Para além das actividades técnicas de reabilitação em serviços de saúde, fazem parte deste processo contínuo, todas as actividades informais de vida em que a pessoa desenvolve actividades físicas ou cognitivas que contribuem para a recuperação ou para a manutenção da sua condição.

Constatee a importância que a atividade física tem para a promoção das AVD, como também para a melhoria da autoestima do utente, como se encontra evidenciado na literatura.

Como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação pretendo dar ênfase às necessidades do utente e à promoção da atividade física e se voltar a acontecer uma situação semelhante vou praticar a mesma atitude devido a ter obtido

resultados positivos. Como referido noutra jornal de aprendizagem evidencio a importância de realizar cuidados centrados à pessoa, por esta razão, esta situação fez-me crescer tanto a nível pessoal e profissional.

Contudo, é importante estabelecer sempre planos de cuidados de reabilitação realistas, otimizar o trabalho a ser desenvolvido não só com o utente como com a família e ter sempre como fim objetivos atingíveis, promovendo uma aceitação da realidade e uma maior participação e motivação por parte do utente e família no seu processo de reabilitação.

### **Referência bibliográficas**

Caple, C., Schub, E. & Pravikoff D. (2017) *Care Plans: preparing*, acedido a 17/01/2017, CINAHL Nursing Guide, Nursing Reference Center CINAHL with full Text, disponível em <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=6&sid=3ca7429b-e5b8-4a25-9f53-67df71f14896%40sessionmgr104>

Costa, A., Crispim, D., Madeira, J. & Mimoso, T. (2008). Exercício físico em utentes com lesão vertebro-medular. *ESSFisionline*, 4 (4) 40-59, disponível em: <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n4.pdf>.

Henriques, F & Fumincelli, L. (2017). A pessoa com lesão medular In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp.433-450). Loures: Lusodidacta.

Melo, A. C. (2009). Descrição da aptidão inicial para natação em lesionados medulares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 15 (6), 441-445.

Silva, M., Oliveira, R. & Conceição, M. I. (2005). Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. *Revista Brasileira de Medicina de Esporte*, 4 (11), 251-256.



**Apêndice III**  
Recensão crítica



Dantas, D., Amaro, J., Silva, P, Margalho, P. & Laíns, J. (2012). Avaliação da recuperação funcional em lesionados medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) – Contributo para a validação da versão portuguesa. *Revista da sociedade portuguesa de medicina física e de reabilitação*. 22 (2), 20-27.

O artigo foi publicado numa revista de referência da medicina física e de reabilitação em 2012. Os autores são médicos de medicina física e reabilitação, que trabalham com utentes com lesão medular. Este artigo visou a realização de um estudo onde é elaborado uma avaliação e quantificação de ganhos funcionais através do uso da Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM), no sentido de contribuir para a validação da mesma em Portugal.

Com a descoberta deste artigo achei muito pertinente a utilização da SCIM devido a ser uma escala especificamente direcionada para utentes com lesão medular, avalia a parte motora dos membros superiores e membros inferiores separadamente e permite avaliar e quantificar a capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) (Catz, 2007). Por outro lado, esta escala avalia a respiração, área muito pertinente de ser avaliada devido a poder se encontrar afetada quando se trata de uma lesão alta e por estar desperta para estas alterações devido a trabalhar em cuidados intensivos.

Na introdução dos autores identificam várias escalas usadas para avaliar e quantificar a capacidade funcional da pessoa com lesão medular como o “índice da *Barthel* Modificado, a escala Medida de Independência Funcional (MIF), a escala *Quadriplegia Index of Function* e a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM)” (p.22). De seguida fazem uma breve apresentação e evolução da SCIM e onde fazem referência que esta foi traduzida para português e descrevem quais os objetivos do estudo realizado.

A primeira escala surgiu em 1994, tendo sido reformulada em 2001 e posteriormente em 2002 (SCIM III) no sentido de se tornar mais abrangente e puder ser aplicada em diferentes contextos socioculturais.

Segundo o estudo realizado por Anderson et al (2008) a MIF avalia a capacidade de realizar as AVD o que por vezes não reflete os resultados de recuperação funcional. A escala de *Barthel* Modificada apresenta pouca utilidade clínica para utentes com lesão vertebro medular (LVM) e a escala *Quadriplegia Index of Function* encontra-se direcionada para um subgrupo dos utentes com LVM (tetraplégicos) e não se encontra validada em Portugal. Segundo vários estudos a SCIM deteta mais facilmente a evolução e/ou alteração da função e da recuperação funcional em comparação com a MIF (Anderson et al, 2008; Catz, 2007; Sharif-Alhoseini & Rahimi-Movaghar, 2015).

A MIF é uma escala que avalia 18 itens, incluindo a avaliação motora e cognitiva e cada item tem uma pontuação que varia entre 1 e 7. Esta escala pode ser aplicada a utentes em que o seu grau de dependência de encontra alterado como é o caso da pessoa com LVM, com acidente vascular cerebral ou neoplasias (Lima, 2014).

A SCIM avalia três áreas de funcionalidade: o autocuidado, a respiração e controlo de esfíncteres e a mobilidade. Uma das possíveis limitações da escala é a não avaliação da capacidade cognitiva devido a esta frequentemente não se encontrar alterada. A subescala de mobilidade consiste em duas partes: uma para quarto e casa de banho e outra para ambientes internos e externos. As três subescalas são divididas em 19 tarefas. A sua pontuação final varia de 0 e 100 (Catz, et al, 2007).

Esta escala encontra-se a ser validada em vários países devido a avaliar a funcionalidade da pessoa com LVM e a dar mais ganhos em saúde no processo de reabilitação (Catz et al, 2007).

Ao longo do desenvolvimento é explicado a aplicação do estudo elaborado, assim como a análise dos dados obtidos. Por último é realizada uma discussão onde descrevem que existe forte correlação entre a pontuação motora dos membros superiores e o autocuidado e os membros inferiores e a mobilidade, o que vai de encontro com a teoria (Aceram, Morrison, McDowell & Vazquez, 2010; Catz et al, 2007). Quanto maior a força muscular dos membros superiores, maior é a capacidade de alimentação, vestir e despir e de higiene pessoal e quanto maior a força muscular dos membros inferiores maior o potencial de marcha (p.26) e “sugerem uma boa aplicabilidade da versão portuguesa da SCIM na avaliação e quantificação dos ganhos

funcionais em doentes com lesão medular completa e incompleta, com etiologia traumática e não traumática” (p.27).

O artigo conclui que a SCIM é uma ferramenta útil, confiável, prática e facilmente aplicável na avaliação dos ganhos funcionais dos utentes com lesão medular, sendo por essa razão uma mais valia a sua utilização não só pela parte médica, mas também pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que trabalhem com a pessoa com LVM (Cartz, et al, 2007).

Ao ler este artigo inicialmente fiquei sem saber se já estava validada ou não em Portugal, devido ao estudo ser de 2012 e não encontrar mais artigos em português a mencionar esta escala. Porém ao ter realizado um estágio onde tive a oportunidade de estar em contacto com alguns dos autores deste trabalho, abordei este tema. Os autores referem que a escala já se encontra traduzida e pode ser utilizada, por essa razão é aplicada a todos os utentes que são internados nesta instituição, mas ainda não se encontra validada devido a não terem realizado todos os ensaios exigidos para a sua validação em Portugal, por essa razão não podem publicar estudos que recorram a esta escala.

Segundo Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000) para o processo de validação é necessário passar por vários passos que são eles a tradução inicial, a síntese das traduções, o voltar a traduzir para a versão original, a revisão por parte de um comité de peritos, o pré teste da versão e por último o envio e avaliação de todos os relatórios ao comité. Neste caso, como referido anteriormente faltou o último passo onde é realizado um novo teste da versão.

Por outro lado, em todos os centros de reabilitação estão a aplicar esta escala no sentido de uniformizar a informação e como os estudos indicam ser a mais indicada para avaliar os ganhos funcionais dos utentes com LVM. Todavia, fui informada que vai sair uma nova versão e que já estão a trabalhar no sentido da validação para a língua portuguesa.

## Referências Bibliográficas

Ackerman, P., Morrison, S.A., McDowell, S. & Vazquez, L. (2010). Using the spinal cord Independence measure III to measure functional recovery in a post-acute spinal cord injury program. *Spinal Cord*, 48, 380-387. Doi: 10.1038/sc.2009.140.

Anderson, K., Aito, S., Atkins, M., Biering-Sorensen, F., Charlifue, S., Curt, A. ... Cartz, A. (2008). Functional recovery measures for spinal cord injury: na evidence-based review for clinical practice and research. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31 (2), 133-144. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2578796/>.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the processo f cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186-3191.

Catz, A., Itzkovich, M., Tesio, L., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramée, M.T. ... Ronen, J. (2007). A multicentre international study on the spinal cord Independence measure, version III: rasch psychometric validation. *Spinal Cord*, 45, 275-291. Doi: 10.1038/sj.sc.3101960.

Dantas, D., Amaro, J., Silva, P, Margalho, P. & Laíns, J. (2012). Avaliação da recuperação funcional em lesionados medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) – Contributo para a validação da versão portuguesa. *Revista da sociedade portuguesa de medicina física e de reabilitação*, 22 (2), 20-27.

Lima, A. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo.

Sharif-Alhoseini, M. & Rahimi-Movaghar, V. (2015). Functional assessment of SCI patients by FIM: yes ou no? *Spinal Cord*, 53 (12), 893. Doi: 10.1038/sc.2015.127.



**Apêndice IV**  
Planos de Cuidados (I e II)

## **Abreviaturas e Siglas**

ADM – Amplitude de Movimento Articular

ASIA – American Spinal Injury Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CE – Crânio-encefálica

CP – Comprimido

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EV – Endovenoso

EVA – Escala Visual Analógica

MI – Membro Superior

MS – Membro Inferior

RFM – Reeducação funcional motora

RFR – Reeducação funcional respiratória

RM – Ressonância Magnética

Rx – Radiografia

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia computadorizada

O2 – Oxigênio

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

# PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO I (UCC)

## 1. COLHEITA DE DADOS

### 1.1. Identificação do Utente

Nome: V.M.S.B.

Nome preferido: V.

Idade: 63 anos

Estado Civil: Casado

Nacionalidade: Portuguesa

Raça: Caucasiana

Escolaridade: 4º classe da Escola Industrial

Profissão: Reformado: mecânico de automóveis e da área de restauração

Agregado familiar: Esposa (cuidadora informal)

Habitação: Reside num bairro em Lisboa com a esposa, num apartamento com 3 assoalhadas e que se localiza no 2º andar de um prédio com elevador, mas com alguns degraus de escadas até à rua. Dorme e passa grande parte do tempo no quarto. Tem uma cama de casal que partilha com a esposa. Tem casa de banho com banheira com uma tabua de apoio para o banho, sendo os cuidados de higiene realizados pela esposa. O apartamento apresenta-se limpo e sem problemas ambientais.

Condições Socioeconómicas: Apesar de referir não ter dificuldades, ainda se encontra a aguardar pela reforma e já teve problemas financeiros no passado devido ao seu negócio ter falido.

Centro de Saúde: Unidade de Saúde Familiar da

Unidade de Referência: UCC (internado desde 14 de setembro de 2017)

Apoios: sem apoios

**1.2. Diagnóstico Clínico:** Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico direito diagnosticado em agosto de 2017

**1.3. Antecedentes Pessoais**

- AVC isquémico multifocal talâmico posterior direito e corona radiata esquerda de provável etiologia cardioembólica em 2013
- Doença cardiovascular com múltiplas lacunas
- Hipertensão arterial
- Ex-fumador
- Diabetes Mellitus tipo II insulino dependente
- Nefropatia diabética com proteinúria e hipoalbuminémia
- Retinopatia diabética
- Amaurose total do olho esquerdo
- Disfunção erétil de provável etiologia neuropatia periférica
- Dislipidemia
- Etanolismo moderado (1 copo de vinho às refeições)
- Hipertiroidismo subclínico
- Adenoma benigno da suprarrenal
- Eosinofilia persistente com investigação inconclusiva
- Operado ao joelho esquerdo com cerca de 18 anos

#### **1.4. Medicação do domicílio**

- Insulina Levemir 20-22unidades de manhã
- Vildagliptina 50mg, 1 comprimido (cp) ao pequeno almoço
- Ácido Acetilsalicílico (Tromalyt) 150mg, 1cp por dia
- Telmisartan+Hidroclorotiazida 80mg+12,5mg, 1cp ao pequeno almoço
- Sinvastatina 10mg, 1cp por dia
- Distiazem 240mg, 1cp à noite

#### **1.5. Internamentos**

A 11 de novembro de 2013 teve um AVC isquémico minor subagudo do território vertebro basilar e hemisfério esquerdo. Esteve internado durante 8 dias, tendo tido alta contra parecer médico e onde foi prescrito varfarina que não cumpria. Apresentava instabilidade da marcha e perturbação de humor.

A 25 de julho de 2016 esteve internado por endoftamite aguda e agudização da doença renal crónica onde foi diagnosticado nefropatia diabética.

Em abril de 2017 recorreu ao Serviço de Urgência (SU) em contexto de instalação ictal de parestesias a nível da hemiface e mão esquerda.

#### **1.6. História da Doença Atual**

A 21 de agosto de 2017 recorreu ao SU por quadro de mal-estar geral, náuseas, vômitos incoercíveis e vertigem rotatória, acompanhado por sudorese, palidez e falta de força generalizada.

À entrada consciente, sem alterações da linguagem. Apresentava pronação e ligeira queda do membro superior (MS) esquerdo, contudo tinha força muscular e sensibilidade mantida. Apresentava protusão da língua na linha média e nistagmo horizontal.

Data de Internamento: 22 de agosto de 2017 no serviço de Neurologia tendo tido alta clínica a 9 de setembro referenciado para a UCC .

Exames Auxiliares de Diagnóstico:

Tomografia computadorizada (TAC) Crânio-encefálica (CE) realizado em abril de 2017 identificou enfarte lacunar hemisférico cerebeloso direito; enfartes lacunares talâmicos bilaterais, nucleocapsulares bilaterais e da coroa radiária esquerda; sequela de enfarte isquêmico temporal direito; sinais incipientes de leucoencefalopatia subcortical microangiopática aterosclerótica.

TAC CE (agosto 2017) verifica-se instalação das pequenas lesões isquêmicas da protuberância e do centro semi-oval esquerdo; sequela de lesão vascular temporal direita.

Análises: leucocitose sem neutrofilia e lesão renal com creatinina de 2,36.

Holter sem alterações.

## 2. PRIMEIRA AVALIAÇÃO (27/09)

Utente calmo, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Humor ligeiramente deprimido e pouco comunicativo, respondendo somente às questões que lhe são colocadas e encontra-se com lentificação psico-motora.

Participativo dentro das suas possibilidades. Tem conhecimentos sobre os assuntos da atualidade e veiculados pelos meios de comunicação social assim como sobre os assuntos à cerca da sua situação clínica.

Necessita de ajuda para desenvolver as atividades de vida diárias.

### 2.1. Exame Neurológico (27/09)

#### 2.1.1. Estado mental

Consciência: Segundo a escala de *Glasgow* o Sr. V. apresenta score 15. (abertura dos olhos espontânea – 4, resposta verbal orientada – 5, obedece a ordens na resposta motora – 6).

Quadro 1: Escala de comas de *Glasgow*

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estimulação	3
	Dor	2
	Sem abertura	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta motora	Obedece comando	6
	Localiza dor	5
	Movim. inespecíficos (reflexo de retirada)	4
	(Flexão à dor)	3
	(Extensão à dor)	2
Sem resposta	1	

Mínimo 3      Máximo 15

Orientação: autopsíquica e alopsíquica

Atenção: apresenta ligeira diminuição da capacidade para manter o foco numa atividade. Utente ligeiramente hipovigil e por vez incapaz de manter a atenção numa tarefa ou atividade.

Memória: Sem alterações na memória sensorial, imediata, recente e remota.

Linguagem: Apresenta discurso espontâneo, compreende a informação transmitida, cumpre ordens simples e complexas, nomeia e repete. Sem alterações na leitura e escrita. Embora como referido anteriormente seja pouco comunicativo.

Capacidades práticas: capacidades práticas mantidas.

Negligência hemiespacial unilateral: apresenta ligeira negligência do hemicorpo esquerdo.

## **2.2. Pares Cranianos (4/10)**

I – Olfático: não foi testado.

- De olhos fechados, pede-se à pessoa que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares.

II – Ótico: olho direito sem alterações, olho esquerdo com amaurose total.

- Acuidade Visual: pedir à pessoa que bilateralmente conte dedos a várias distâncias.

- Campo Visual: pedir à pessoa com um dos olhos fechados até que ângulo consegue observar um dedo (campo visual normal começa externamente a 60°, em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro).

III – Oculomotor

IV – Patético

VI – Motor Ocular Externo



Avaliam-se em simultâneo os três pares cranianos: sem alterações. Apresenta pupila direita reativa ao estímulo luminoso e de tamanho 3mm; movimentos conjugados do globo ocular mantidos e simétricos.

- Avaliar a resposta pupilar através de estímulo luminoso.
- Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo para seguir um dedo que desenha um H no espaço.

#### V – Trigêmio: sem alterações.

- A pessoa fecha os olhos e testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano (oftálmica, maxilar e mandibular).
- Teste do reflexo córneo-palpebral.
- Observar movimentos dos músculos mastigadores e sua simetria.

#### VII – Facial: apresenta apagamento do sulco nasogeniano e desvio da comissura labial, para o lado lesado.

- Pesquisa de movimentos da face e sua simetria.
- Pesquisa da dificuldade em manter saliva, alimentos no lado da boca afetado.
- Pesquisa do paladar dos 2/3 anteriores da língua, usando açúcar, sal e limão (não foi testado, mas o utente refere não ter alterações a nível do paladar).

#### VIII – Estado-Acústico

- Divisão Coclear (acuidade auditiva): pessoa com os olhos fechados, estalam-se os dedos junto aos ouvidos bilateralmente – sem alterações.
- Divisão Vestibular: equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico – apresenta equilíbrio estático e dinâmico quando se encontra sentado, mas apresenta desequilíbrio do tronco para a esquerda quando se encontra em posição ortostática.

#### IX – Glossofaríngeo: não foi testado

- Pesquisa de paladar no 1/3 posterior da língua (açúcar, sal).

X – Vago: apresenta desvio da úvula para a direita

- Pesquisa do reflexo do vômito tocando com uma espátula na região posterior da língua e úvula.

XI – Espinhal: demonstra força do esternocleidomastóideo insuficiente na lateralização da cabeça contra resistência e força do trapézio insuficiente na elevação do ombro esquerdo.

- Pesquisa da força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio.

XII – Grande Hipoglosso: sem alterações.

- Pesquisa dos movimentos da língua.

## **2.3. Motricidade**

### 2.3.1. Força Muscular

A avaliação da força faz-se em todos os planos de movimentos e nos vários segmentos corporais; inicia-se dos segmentos distais para os proximais e bilateralmente com recurso à escala de *Medical Research Council* ou de *Lower* através do uso da força e resistência do avaliados e é classificada por uma fração (numerador: desempenho do utente/denominador: desempenho do avaliador).

Quadro 2: Legenda da Escala de *Medical Research Council* ou Legenda da Escala de *Lower*

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência e Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

<b>Segmento Corporal</b>	<b>Movimento</b>	<b>Avaliação da Força</b>	
<b>Cabeça e Pescoço</b>	Flexão	4/5	
	Extensão	4/5	
	Flexão lateral esquerda	3/5	
	Flexão lateral direita	4/5	
	Rotação	3/5	
<b>Membros Superiores</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Escápulo-umeral</b>	Flexão	5/5	4/5
	Extensão	5/5	4/5
	Adução	5/5	4/5
	Abdução	5/5	4/5
	Rotação Interna	5/5	4/5
	Rotação Externa	5/5	4/5
	Elevação	5/5	4/5
	Depressão	5/5	4/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	5/5	4/5
	Extensão	5/5	4/5
<b>Antebraço</b>	Pronação	5/5	4/5
	Supinação	5/5	4/5
<b>Punho</b>	Flexão	5/5	3/5
	Extensão	5/5	3/5
	Desvio radial	5/5	3/5
	Desvio cubital	5/5	3/5
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	4/5
	Extensão	5/5	3/5
	Adução	5/5	4/5
	Abdução	5/5	3/5
	Circundação	5/5	3/5
	Oponência do polegar	5/5	3/5
<b>Membros Inferiores (MI)</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Coxo-Femural</b>	Flexão	5/5	3/5
	Extensão	5/5	3/5

	Adução	5/5	3/5
	Abdução	5/5	3/5
	Rotação Interna	5/5	3/5
	Rotação Externa	5/5	3/5
<b>Joelho</b>	Flexão	5/5	3/5
	Extensão	5/5	3/5
<b>Tíbio-Társica</b>	Flexão plantar	5/5	3/5
	Flexão dorsal	5/5	3/5
	Inversão	5/5	3/5
	Eversão	5/5	3/5
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	3/5
	Extensão	5/5	3/5
	Adução	5/5	3/5
	Abdução	5/5	3/5

### 2.3.2. Tônus Muscular

A avaliação da espasticidade faz-se em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, bilateralmente e do distal para o proximal, como na avaliação da força muscular com recurso a escala modificada de *Ashworth*.

#### Quadro 3: Escala modificada de *Ashworth*

0	Nenhum aumento no tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular (ADM), quando o segmento corporal é movido em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da ADM restante
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas o segmento é movido facilmente
3	Aumento considerável do tônus muscular; o movimento passivo é difícil
4	Segmentos afetados apresentam rigidez em flexão ou extensão

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: lusociência

O Sr. V. apresenta *Score 0* na escala modificada de *Ashworth* em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (nenhum aumento do tónus muscular).

### 2.3.3. Coordenação Motora

A avaliação da coordenação baseia-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez dos movimentos. O Sr. V. apresenta coordenação motora mantida.

Realizado prova Índice-nariz para os membros superiores (com os membros superiores em abdução a pessoa deve tocar a ponta do nariz com o dedo indicador, primeiro com os olhos abertos e depois de olhos fechados) e a prova calcanhar Joelho para os membros inferiores (em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão a pessoa deve tocar no seu joelho com o calcanhar do lado oposto, deve repetir várias vezes, primeiro com os olhos abertos e depois com os olhos fechados): sem alterações.

### 2.3.4. Amplitude Articular

A amplitude articular não foi avaliada com recurso ao goniómetro, contudo não foram detetadas aparentes alterações na amplitude articular nos vários segmentos.

## 2.4. Sensibilidade

Sensibilidade Superficial (tátil, térmica e dolorosa) não foram avaliadas.

Sensibilidade Profunda (sentido de pressão, sensibilidade vibratória e sensibilidade postural), não foi avaliada a sensibilidade vibratórias, estando as restantes mantidas.

## 2.5. Equilíbrio e Marcha

Equilíbrio: estático e dinâmico sentado eficaz. Ineficaz na posição ortostática.

Marcha: incapaz de realizar sozinho. Mas consegue com apoio de andador e de uma segunda pessoa. Deve ser avaliado o risco de queda através da escala de Morse.

#### Quadro 4: Escala de Morse

Tabela 1  
Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andador	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

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

#### Níveis de Risco

Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo	0-24	Cuidados básicos
Médio	25-50	Implementar precauções padronizadas contra quedas
Alto	≥ 51	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de quedas

Fonte: <https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/escala-de-morse.docx>

O Sr. V. apresenta médio risco de queda:

Data: 4/10/17	
Antecedentes de queda	Não
Diagnóstico secundário	Sim
Apoio para a deambulação	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/ acamado/cadeira de rodas
Medicação e/ou heparina intravenosa	Não
Marcha	Dependente de ajuda
Estado mental	Consciente das suas limitações
Classificação	Score 35: Médio Risco

## **2.6. Avaliação geral**

### **2.6.1. Circulação**

Apresenta pulso rítmico e cheio. Membros sem edemas e sem sinais de compromisso neurocirculatório. Tensão arterial: 130/60mmHg; Pulso: 70bpm.

### **2.6.2. Temperatura: 36,2°**

### **2.6.3. Respiração**

Eupneico em repouso sem aporte de oxigénio, com respiração toraco-abdominal de média amplitude e simétrica. SatO<sub>2</sub> de 97% com frequência respiratória de 16cpm.

Após treino de marcha ou esforço utente apresenta dispneia ligeira (escala de *Borg* de 2).

Sem acessos de tosse ou outro tipo de sintomatologia.

### Exame objetivo do tórax:

Auscultação: murmúrio vesicular mantido sem resíduos adventícios.

Palpação: expansibilidade mantida e simétrica, sem deformações, vibrações vocais normais.

Percussão: som claro pulmonar.

Quadro 5: Escala de *Borg*

ESCALA DE BORG ADAPTADA PERCEÇÃO DE ESFORÇO		
0	REPOUSO	
1	DEMASIADO LEVE	
2	MUITO LEVE	
3	MUITO LEVE-LEVE	
4	LEVE	
5	LEVE-MODERADO	
6	MODERADO	
7	MODERADO-INTENSO	
8	INTENSO	
9	MUITO INTENSO	
10	EXAUSTIVO	

facebook.com/mulherexercicio.schutte

Fonte: <http://schuttecorpoesaude.blogspot.pt/2013/06/percepcao-subjetiva-do-esforco-e.html>

2.6.4. Segurança: Sem registo de quedas recentes.

2.6.5. Pele/Tegumentos: Pele integra. Pele e mucosas ligeiramente descoradas e desidratadas.

2.6.6. Acuidade Auditiva: Sem alterações.

2.6.7. Acuidade Visual: Diminuída, com amaurose total no olho esquerdo. Usa óculos.

## 2.7. Atividades básicas de Vida Diárias

Higiene Pessoal: Dependente de terceiros. No início do internamento os cuidados de higiene eram prestados no leito devido ao medo demonstrado por parte da cuidadora. A partir de dia 29/9 os cuidados de higiene são prestados no wc pela esposa. Tem tábua de apoio para o banho. No dia 4/10 o Sr. V. só necessitou de ajuda para lavar as costas e os pés.

Vestuário: Necessita de ajuda parcial para se vestir e despir devido a diminuição da força a nível do hemicorpo esquerdo.

Alimentação: Dependente de terceiros para confeccionar as refeições e para preparar os alimentos no prato, mas consegue alimentar-se pela própria mão, devido a ter mobilidade e amplitude a nível do membro superior direito. Não apresenta qualquer tipo de disfagia. Sem intolerâncias ou alergias alimentares. Alimenta-se oralmente de dieta geral, com restrição de açúcar. Glicémia Capilar (4/10): 102mg/dl.

Eliminação Vesical e Intestinal: Utente continente, sem necessidade de fralda. Inicialmente o utente urinava sempre no urinol, sendo independente na sua colocação. Atualmente vai ao wc quando acompanhado pela esposa, se estiver sozinho em casa urina no urinol devido ao risco de queda e de não se conseguir mobilizar sozinho. Urina várias vezes ao dia urina clara e apresenta treino intestinal mantido (evacua diariamente fezes pastosas).

Mobilidade: Autónimo na mobilização no leito. Apresenta diminuição da força a nível do hemicorpo esquerdo, como descrito anteriormente. Faz movimentos de resistência a nível dos membros superiores, tolerando menos ao nível do membro superior esquerdo. Em posição ortostática apresenta desequilíbrio estático para a esquerda, mas mantém equilíbrio estático e dinâmico sentado.

Locomoção: Faz levante diário para a cadeira de rodas com ajuda da esposa, mas não consegue conduzi-la. Realiza treino de marcha com apoio de andarilho, sempre com ajuda de uma segunda pessoa, devido a desequilíbrio fácil, perda de força a nível do membro inferior esquerdo e cansaço (deambula cerca de 10metros).

Transferência: Necessita de ajuda parcial para a transferência devido a desequilíbrio, consegue fazer carga nos membros inferiores e adquirir a posição ortostática com ajuda de uma segunda pessoa.

Sono e Repouso: Ausência de perturbações no padrão do sono. Repousa cerca de 9 a 10 horas sem medicação.

## 2.8. Medida de Independência Funcional (MIF)

### Níveis de Independência Funcional

(1) Ajuda total: indivíduo participa em < 25%
(2) Ajuda máxima: indivíduo participa em ≥ 25%
(3) Ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%
(4) Ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%
(5) Supervisão
(6) Independência modificada: ajuda técnica
(7) Independência completa: em segurança, em tempo normal

		Avaliação
<b>Autocuidado</b>	Alimentação	4
	Higiene pessoal	3
	Banho	3
	Vestir metade superior	3
	Vestir metade inferior	3
	Utilização da sanita	3
<b>Controlo dos esfíncteres</b>	Bexiga	6
	Intestino	6
<b>Mobilidade/ Transferência</b>	Leito, cadeira, cadeira de rodas	3
	Sanita	3
	Banheira, duche	3
<b>Locomoção</b>	Marcha/ cadeira de rodas	2
	Escadas	1
<b>Comunicação</b>	Compreensão	7
	Expressão	7
<b>Cognição social</b>	Interação social	6
	Resolução de problemas	3
	Memória	6
<b>Total</b>		<b>72</b>

## **2.9. Objetivos da Reabilitação**

Promover e otimizar a mobilidade;

Promover a independência;

Promover a estimulação cognitiva;

Otimizar o papel do prestador de cuidados;

Capacitar o prestador de cuidados sobre as estratégias para a transferência e a deambulação.

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Data	27/9/2017
Diagnóstico de Enfermagem:	Mobilidade comprometida relacionado com lesão neurológica decorrente do AVC isquémico, manifestado hemiparesia esquerda
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preservar a amplitude dos movimentos.</li><li>• Prevenir a instalação de espasticidade.</li><li>• Preservar a integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas.</li><li>• Melhorar a mobilidade dentro de 7 dias.</li><li>• Aumentar a força muscular dentro de 7 dias.</li><li>• Recuperar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática.</li></ul>
Intervenções de Enfermagem (Sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar a força muscular e tônus muscular através das escalas de <i>Lower</i> e <i>Ashworth</i>, respetivamente e a coordenação motora;</li><li>- Manter o alinhamento corporal;</li><li>- Avaliar a amplitude articular dos movimentos;</li><li>- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e na posição ortostática;</li><li>- Pedir a colaboração do Sr. V. de modo a responsabilizá-lo pela sua recuperação;</li><li>- Definir objetivos e prioridades com o utente, e delinear estratégias exequíveis para os obter;</li><li>- Estimular o Sr. V. a concentrar-se nos exercícios para os realizar da forma mais correta;</li><li>- Elaborar programas de reeducação sensório-motora;</li><li>- Executar técnicas de exercício muscular e articular (iniciar com movimentos ativos assistidos e progressivamente para ativos resistidos);</li><li>- Seções de reabilitação três vezes por semana. Exercícios realizados no leito com repetições de 15 vezes e aumentado até 30 vezes, a nível de todos os membros:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Flexão e extensão; adução e abdução dos dedos e oponência do polegar;</li></ul></li></ul>

- ✓ Extensão e hiperflexão do ombro com recurso a um bastão;
  - ✓ Adução e abdução do ombro com recurso a peso de 500mg;
  - ✓ Depressão e elevação do ombro;
  - ✓ Flexão e extensão do cotovelo com recurso a peso de 500mg;
  - ✓ Flexão plantar e dorsiflexão;
  - ✓ Flexão e extensão do joelho, inicialmente sem resistência e posteriormente com recurso a peso de 500mg;
  - ✓ Adução e abdução da coxo-femural;
  - ✓ Flexão e extensão da coxo-femural com o membro em extensão, inicialmente sem resistência e posteriormente com recurso a peso de 500mg;
  - ✓ Realizar movimentos isotónicos com a colocação de uma bola entre os joelhos e apertá-los.
- Supervisionar a realização de exercícios de reabilitação e fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores;
- Assistir e treinar à execução de atividades terapêuticas (ponte: realizar durante 5 segundos e aumentado até 10 segundos e repetir 10 vezes, rolar: repetir 6 vezes);
- Instruir, treinar e supervisionar à realização de exercícios de motricidade fina (apêndice II) mais acentuado a nível da mão esquerda através de:
- ✓ Contagem de feijões;
  - ✓ Apertar molas;
  - ✓ Pirâmide de argolas (encaixar as argolas num pau).
- Incentivar a repetição dos exercícios ao longo do dia;
- Incentivar a manter o alinhamento corporal;
- Incentivar e treinar o levante da cama sem apoio, sempre com supervisão;
- Instruir, treinar e executar treino de levante;
- Executar treino de equilíbrio, estático e dinâmico sentado e na posição ortostática;
- Despistar sinais e sintomas de intolerância ao levante;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar e incentivar a realizar de respiração controlada;</li> <li>- Treinar e executar treino de marcha com andarilho;</li> <li>- Instruir e otimizar o papel da cuidadora;</li> <li>- Incentivar a cuidadora a supervisionar e estimulação a realização dos exercícios ao longo do dia;</li> <li>- Efetuar reforço positivo ao utente e esposa em cada etapa, de forma a motivar e a cumprir o plano de reabilitação.</li> </ul>
Avaliação	<p>27/09:</p> <p>Realizou mobilizações ativas a nível dos quatro membros.</p> <p>Realizou mobilizações resistidas, mas com alguma dificuldade a nível do MS esquerdo (escala de Lower 3/5).</p> <p>Grau 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i>. Amplitude articular aparentemente mantida a nível de todos os segmentos.</p> <p>Realizou atividades terapêuticas (ponte, utente não tolera os rolamentos referindo tonturas).</p> <p>Fez treino de equilíbrio dinâmico sentado.</p> <p>Faz carga nos membros inferiores com apoio bilateral. Apresenta equilíbrio ineficaz na posição ortostática.</p> <p>Realizou treino de marcha controlada com andarilho (10m).</p> <p>2/10:</p> <p>Realizou mobilizações articulares ativas e resistidas a nível dos MSs e MIs.</p> <p>Realizou atividades terapêuticas.</p> <p>Grau 0 na escala modificada de <i>Ashworth</i>. Amplitude articular aparentemente mantida a nível de todos os segmentos.</p> <p>Realizou exercícios de motricidade fina com bastante dificuldade (molas, feijões...).</p> <p>6/10:</p> <p>Apresenta mais força a nível do hemicorpo esquerdo (escala de Lower 4/5).</p> <p>Consegue fazer levante autonomamente com supervisão.</p> <p>Equilíbrio estático na posição ortostática em aquisição.</p> <p>Apresenta maior consciencialização do alinhamento corporal.</p> <p>Realizou treino de marcha controlada com apoio de andarilho (20m), apresenta mais equilíbrio.</p> <p>Realizou exercícios de motricidade fina com mais destreza que em dias anteriores.</p>

	<p>Já foi ao wc sozinho com o andarilho (apesar de ser incentivado a não o fazer sozinho devido a risco de queda).</p> <p>Para a semana irá iniciar treino de subir e descer escadas, só não foi iniciado hoje por as escadas não terem corrimão para o Sr. V se segurar.</p> <p>Realizado reforço positivo em todas as seções.</p>
--	---

Data	27/09
Diagnóstico de Enfermagem	Compromisso na transferência, relacionado com lesão neurológica decorrente do AVC isquêmico, manifestado por desequilíbrio estático em posição ortostática e diminuição da força a nível do hemicorpo esquerdo
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar e promover a transferência do utente em segurança.</li> <li>• Aumentar o equilíbrio dentro de 7 dias.</li> </ul>
Intervenções de Enfermagem (sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir e treinar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado;</li> <li>- Instruir e treinar o equilíbrio estático na posição ortostática;</li> <li>- Instruir e treinar as transferências;</li> <li>- Fortalecimento dos músculos abdominais e lombares através do balanço do tronco;</li> <li>- Avaliar o equilíbrio e a postura corporal;</li> <li>- Ensinar e instruir sobre estratégias de mudança de direção;</li> <li>- Fazer reforço positivo das ações desempenhadas pelo utente.</li> </ul>
Avaliação	<p>27/09:</p> <p>Realizou a transferência com ajuda parcial (MIF: 3).  Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado.  Apresenta desequilíbrio acentuado em posição ortostática.</p> <p>6/10:</p> <p>Realizou a transferência com ajuda mínima (MIF: 4).  Mantém equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado.  Apresenta ligeiro desequilíbrio para a esquerda em posição ortostática, e tenta manter o alinhamento corporal.  Equilíbrio estático na posição ortostática em aquisição.</p>

Data	27/9/17
Diagnóstico de Enfermagem	Compromisso na higiene em grau moderado, relacionado com lesão neurológica decorrente do AVC isquémico, manifestado por incapacidade neuromuscular para lavar e cuidar da totalidade do seu corpo
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o autocuidado higiene e conforto.</li> <li>• O utente consiga lavar o corpo mais de 50%, dentro de 7 dias</li> </ul>
Intervenção de Enfermagem (sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o nível de dependência funcional através da MIF;</li> <li>- Ensinar e incentivar a cuidadora a levar o utente ao wc para prestar cuidados de higiene;</li> <li>- Incentivar o utente a participar nos seus cuidados de higiene dentro das suas possibilidades;</li> <li>- Executar exercícios de fortalecimento muscular bilateralmente como referido anteriormente;</li> <li>- Fornecer reforço positivo.</li> </ul>
Avaliação	<p>Utente dependente em grau moderado no autocuidado do banho.</p> <p>27/9: Os cuidados de higiene eram prestados no leito pela esposa. O Sr. V. lavava a cara e o tronco anterior.</p> <p>29/9: Os cuidados de higiene começaram a ser realizados no wc.</p> <p>4/10 Necessita de ajuda da esposa para lavar os pés e as costas.</p>

Data	27/09/17
Diagnóstico de Enfermagem	Risco de não adesão ao plano de reabilitação relacionado com a renitência que o utente apresenta na realização dos exercícios no dia em que não é realizada visita domiciliária
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão ao plano de reabilitação.</li> </ul>
Intervenção de Enfermagem (sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar e instruir sobre a importância dos exercícios de reabilitação;</li> <li>- Promover a importância do papel da cuidadora;</li> <li>- Instruir e demonstrar a importância de realizar os exercícios ao longo do dia;</li> <li>- Fornecer documentos escritos sobre o plano de reabilitação e sobre a reeducação da musculatura da face (apêndice I);</li> <li>- Informar sobre gestão de regime terapêutico: fatores de risco, alimentação, exercício físico e medicação;</li> <li>- Escutar o Sr. V e a esposa.</li> </ul>
Avaliação	<p>27/9:  Refere que repete os exercícios ensinados, mas a cuidadora refere que nem sempre os faz.</p> <p>6/10  Realiza várias vezes ao dia os exercícios propostos com a esposa.  A esposa encontra-se bastante motivada e incentiva o marido a realizar os exercícios.  Utente tem uma perceção incorreta sobre as suas capacidades querendo fazer mais coisas do que aquilo que consegue.  Aguarda ser chamado para o centro de medicina de reabilitação .</p>

Data	27/09/17
Diagnóstico de Enfermagem	Risco de não queda relacionado com presença de desequilíbrio
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de quedas.</li> </ul>
Intervenção de Enfermagem (sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre gestão de riscos: adaptação do domicílio para andar (remover carpetes, tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda);</li> <li>- O Sr. V. ter um calçado adequado;</li> <li>- Ensinar, instruir e treinar a técnica de marcha com auxiliar de marcha;</li> <li>- Executar exercícios de fortalecimento muscular ativo como referido anteriormente;</li> <li>- Fornecer reforço positivo;</li> <li>- Reforçar as limitações que o utente apresenta, para que este não tente andar sozinho.</li> </ul>
Avaliação	<p>27/9: O Sr. V. apresenta desequilíbrio acentuado na posição ortostática.</p> <p>6/10 Apresenta ligeiro desequilíbrio para a esquerda em posição ortostática. O Sr. V. já foi ao wc sozinho apesar de ter sido informado dos riscos, feito reforço para não o voltar a fazer. Manter tapetes pela casa, feito reforço sobre os riscos e para tentar arranjar outras alternativas como fixar melhor os tapetes.</p>

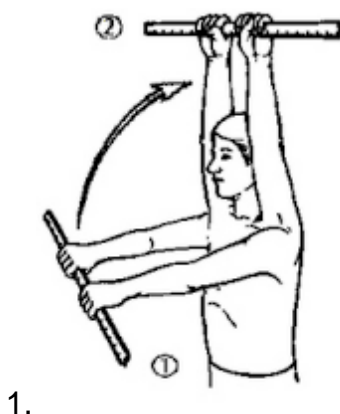
## Plano de Exercícios de Reabilitação e Reeducação da Musculatura Facial

Este plano visa aumentar a força muscular, preservar a amplitude dos movimentos, a manter a integridade das articulações, evitar contraturas e aderências e melhorar o equilíbrio, a postura corporal e a circulação sanguínea.

Este plano deve ser feito:

- ✓ Pelo menos 1 vez por dia;
- ✓ Repetir cada movimento conforme o plano;
- ✓ Fazer pausas sempre entre cada exercício e fazer inspirações profundas pelo nariz e deitar fora o ar pela boca;
- ✓ Parar se estiver muito cansaço;
- ✓ Realizar até ao limite da dor.

### Exercícios para realizar DEITADO



Fonte: 1. <http://www.drdoombro.com.br/ombrofisio.html>;

2. <https://fortissima.com.br/2013/12/17/6-exercicios-que-levantam-os-seios-35370/>

Com recurso a bengala deve levantar e baixar os braços durante 20 vezes



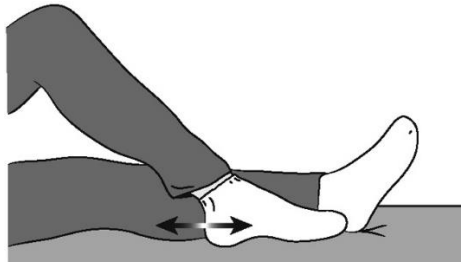
Fonte: <https://fortissima.com.br/2013/12/17/6-exercicios-que-levantam-os-seios-35370/>

Esticar o braço para o lado e dobrar até ao ombro do braço oposto. Usar a garrafa de água para servir de peso. Repetir 20 vezes.



Fonte: <https://omundohipoteticodedaniela.wordpress.com/2013/12/14/dani-fit-4-o-1o-mes/i185016/>

Dobrar e esticar os braços, um de cada vez a agarrar a garrafa de água. Repetir 20 vezes.



Esticar e dobrar a perna durante 20 vezes. Pode colocar o peso.



Fonte: <https://movimente.me/exercicio/abdominal-flexao-e-extensao-do-quadril-c-1-perna-suspensa-90o/>

Levantar e baixar a perna com a perna sempre esticada. Repetir durante 20 vezes



Fonte: <http://fisioterapiajoaomaia.blogspot.pt/2013/02/artrose-da-anca.html>

Esticar e dobrar o joelho, levando o joelho ao peito. Repetir durante 15 vezes.



Fonte: <http://www.mundoboaforma.com.br/10-exercicios-para-fortalecer-o-quadril/>

Deitado de barriga para cima. Afasta uma perna enquanto a outra se encontra imóvel sempre com os joelhos esticados e quando fecha, a perna em movimento cruza com a outra ficando uma por cima da outra. Repetir 20 vezes.



Fonte: <http://nossadietadospontos.blogspot.pt/2015/09/como-acabar-com-celulites-com-exercicios.html>

Fazer a ponte. Dobrar os joelhos e levantar as nádegas. Manter durante 10 segundos e repetir durante 10 vezes



Fonte: <https://www.ativo.com/bike/papo-de-pedal/sente-dor-no-joelho-ao-pedalar/>

Colocar uma bola pequena entre os joelhos e apertá-la. Manter durante cerca de 10 segundos durante 10 vezes



Fonte: <http://minhafibrosepulmonar.blogspot.pt/2016/10/dia-12102016-e-minha-rotina-de.html>

Subir e descer o degrau sempre com apoio de outra pessoa. Repetir 20 vezes.

- Subir: por primeiro a perna boa;
- Descer: por primeiro a perna má.



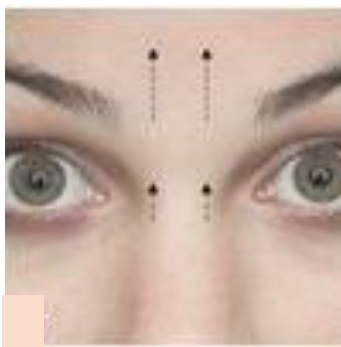
Fonte: <https://www.maisquecuidar.com/produto/andarilho-articulado/>

Andar de andarilho sempre com apoio de alguém.

Ande devagar e dê pequenos passos quando o andarilho se encontra bem apoiado.

As Rápidas Melhoras e Boa Reabilitação!

## Exercícios de Fortalecimento da musculatura facial



Tentar elevar as sobrancelhas  
**Repetir 10 vezes**



Tentar fechar os olhos e elevar as sobrancelhas  
**Repetir 10 vezes**



Tentar fazer movimentos circulares a entre as sobrancelhas  
**Repetir 10 vezes**



Tentar fechar os olhos com força  
**Repetir 10 vezes**



Tentar unir as sobrancelhas e enrugar a testa  
**Repetir 10 vezes**



Tentar encher as bolhechas com ar  
**Repetir 10 vezes**



Tentar fazer juntos os lábios mostrando os dentes (som “ooo”)

**Repetir 10 vezes**



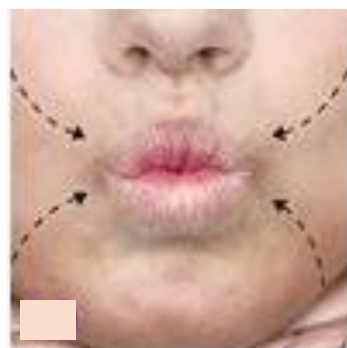
Tentar sorrir com os lábios cerrados

**Repetir 10 vezes**



Tentar sorrir e mostrar os dentes

**Repetir 10 vezes**



Tentar fazer o movimento de assobio

**Repetir 10 vezes**



Tentar meter os lábios para dentro

**Repetir 10 vezes**



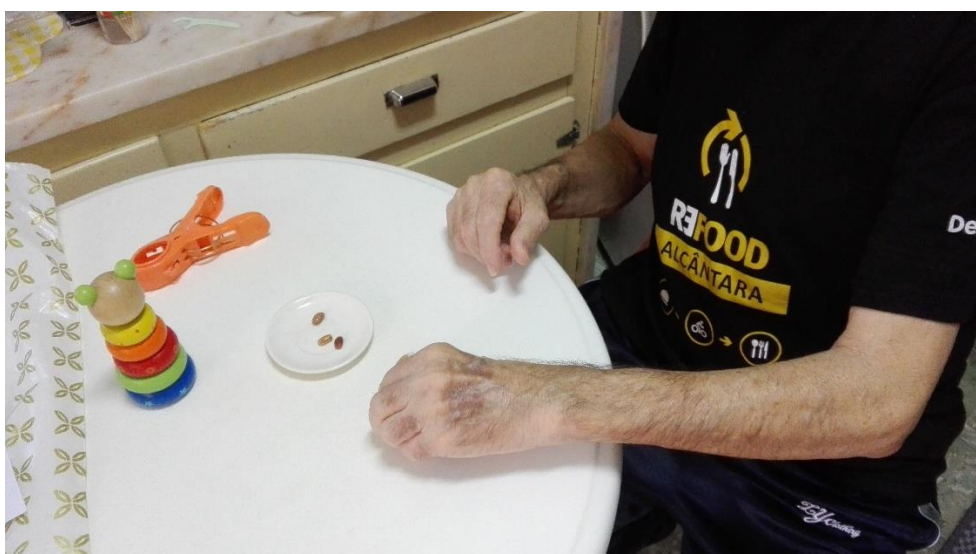
Tentar fazer “beicinho” (puxar o lábio inferior para baixo)

**Repetir 10 vezes**

Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/252764597816622223/>

Fonte: [https://www.123rf.com/stock-photo/mouth\\_full.html?sti=n76rmu0jc218bajteb](https://www.123rf.com/stock-photo/mouth_full.html?sti=n76rmu0jc218bajteb)  
|

**Exercícios Motricidade Fina: Fotografias do Sr. V.**



# PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO II (HOSPITAL)

## 1. COLHEITA DE DADOS

### 1.1. Identificação do Utente

Nome: C.M.

Nome preferido: C.

Idade: 59 anos

Género: Masculino

Estado Civil: Viúvo

Nacionalidade: Portuguesa

Raça: Caucasiana

Escolaridade: 3ª Classe

Profissão: Pedreiro

Atividades ocupacionais: Passear e brincar com os cães e à noite gosta de ver televisão.

Agregado Familiar: Reside com a companheira

Pessoa significativa: Um amigo

Habitação: Casa própria R/C com quatro assoalhadas, sem escadas e sem problemas ambientais.

Condições Socioeconómicas: Tem um salário fixo e refere tem condições económicas para dar continuidade ao plano de reabilitação em caso de necessidade.

Centro de Saúde: Centro de Saúde de

Unidade de Internamento:

Situação Familiar: Tem boa relação com o filho, com a sua companheira, com outros familiares e com amigos que o visitam regularmente.

## **1.2. Motivo de Internamento**

Utente sofreu de uma queda de um andaime em contexto de trabalho (cerca de 3 a 4 metros de altura). Apresenta diminuição da força nos quatro membros e descoordenação motora.

## **1.3. Diagnóstico Clínico**

Tetraplegia incompleta em quadro de contusão medular e síndrome do cordão central.

(A síndrome do cordão central é uma lesão cervical que se traduz por déficit motores e sensoriais mais acentuados nos membros superiores do que nos inferiores, poupando a sensibilidade sagrada. Pode existir um grau variável de disfunção intestinal e vesical (Urden, Stacy & Lough, 2008).)

## **1.4. Antecedentes Pessoais**

- Dislipidemia;
- Hipertrofia benigna da próstata;
- Ex-fumador;
- Desconhece alergias.

## **1.5. Antecedentes Familiares**

- Teve dois filhos. Um deles saudável com 17 anos e uma filha que faleceu com meningite com 2 meses e 13 dias.
- A esposa faleceu devido a problemas no parto.
- A mãe é saudável e desconhece patologias.
- O pai suicidou-se.
- Irmãos sem patologia conhecida.

### **1.6. Medicação do domicílio**

Nega tomar qualquer tipo de medicação.

### **1.7. Internamentos anteriores**

Sem história de internamentos anteriores

### **1.8. No internamento**

#### Exames Auxiliares de Diagnóstico:

No dia 27/11 realizou no hospital uma tomografia computadorizada (TAC) e uma ressonância magnética (RM) cervical que revelou foco de contusão medular em C3-C4 e mielopatia espondilótica cervical (C3-C6) tendo sido transferido para o hospital na madrugada de 28/11. E fez uma TAC lombar que demonstrou sinais de listese L4L5 (não tenho acesso a estes exames no SClinico).

RM cervical de 27/11:



### Radiografia (Rx) do tórax:



Rx tórax: pulmão expandido, sem hipotransparências visíveis, sem evidência de câmaras ou derrames.

### Analiticamente:

Encontrava-se com os valores normalizados à exceção dos linfócitos que se encontravam baixos 8,3% e o valor normal é entre (15 a 45%), a ureia de 57mg/dl, os valores normais são de (18 a 55) e a creatinina de 0.67mg/dl (0,72-1,25).

### **1.9. Medicação no internamento**

- Alfuzosina 10mg, 1 comprimido (cp), 1 vez ao dia, que iniciou a 11/12;
- Bisacodil 10mg, supositório, 1 vez ao dia de 2 em 2 dias.
- Bromazepam 1,5mg, 1cp, 1 vez ao dia;
- Dexametasona 5mg, endovenoso (EV), 1vez ao dia que suspendeu a 11/12;
- Enoxaparina sódica 40mg, subcutânea, 1 vez ao dia;
- Lactulose 10g, em SOS;
- Metamizol magnésico 2000mg, EV, em SOS;
- Metoclopramida 10mg, EV, em SOS
- Omeprazol 20mg, 1cp, 1 vez ao dia;

- Paracetamol 1000mg, EV, em SOS;
- Tiamina 100mg, 1cp, 1 vez ao dia;
- Tiaprida 100mg, 1cp, 3 vezes ao dia;
- Tramadol 100mg, EV, 2 vezes ao dia.

#### 1.10. **Evolução clínica**

Utente à entrada (28/11) com força 2 na escala de *Lower* a nível dos quatro membros e com descoordenação marcada. Tem indicação de repouso e colar cervical.

A 30/11 foi realizada a escala de American Spinal Injury Association (ASIA).

A 10/12 apresenta aumento de força a nível dos quatro membros e maior coordenação dos movimentos.

A 11/12 tem indicação para retirar colar cervical.

A 13/12 tem indicação para elevar o plano da cama.

## **2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EEER)**

Utente calmo, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Encontra-se bem-disposto e participativo dentro das suas capacidades. Comunicativo, apresentando um discurso coerente e perceptível. Sem alterações a nível da visão ou audição.

Tem conhecimentos sobre os assuntos da atualidade e veiculados pelos meios de comunicação social assim como todos os assuntos à cerca da sua situação clínica.

É ex-fumador à cerca de um ano e três meses e ingere cerca de 0,75l de vinho tinto diariamente.

### **2.1. Exame Neurológico (30/11)**

#### 2.1.1. Estado mental

Consciência: Vígil, segundo a escala de *Glasgow* o Sr. C. apresenta score 15.

(abertura dos olhos espontânea – 4, resposta verbal orientada – 5, obedece a ordens na resposta motora (ex. piscar os olhos) – 6.)

Orientação: Orientado em termos autopsíquico e alopsíquico

Atenção: Sem alterações da tenacidade ou da concentração.

Memória: Sem alterações na memória sensorial, imediata, recente e remota.

Linguagem: Apresenta discurso coerente e espontâneo, compreende a informação transmitida, cumpre ordens simples e complexas (dentro das suas possibilidades), nomeia e repete. Sem alterações na leitura.

### **2.2. Pares Cranianos**

I – Olfático: Sem alterações

- De olhos fechados, pede-se à pessoa que identifique o odor de modo bilateral, ocluindo uma narina e depois a outra, oferecendo cheiros familiares.

## II – Ótico: Sem alterações

- Acuidade Visual: pedir à pessoa que bilateralmente conte dedos a várias distâncias.
- Campo Visual: pedir à pessoa com um dos olhos fechados até que ângulo consegue observar um dedo (campo visual normal começa externamente a 60°, em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro).

## III – Oculomotor; IV – Patético; VI – Motor Ocular Externo:

Avaliam-se em simultâneo os três pares cranianos: Sem alterações. Apresenta pupilas isocóricas de tamanho 3mm e reativas ao estímulo luminoso; movimentos conjugados do globo ocular mantidos e simétricos.

- Avaliar a resposta pupilar através de estímulo luminoso.
- Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo para seguir um dedo que desenha um H no espaço.
- Identificar a presença de nistagmo, movimentos sacádicos ou ptose palpebral.

## V – Trigémio: Sem alterações

- A pessoa fecha os olhos e testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nas três divisões do nervo craniano (oftálmica, maxilar e mandibular).
- Teste do reflexo córneo-palpebral.
- Observar movimentos dos músculos mastigadores e sua simetria.

## VII – Facial: Sem alterações

- Pesquisa de movimentos da face e sua simetria.
- Pesquisa da dificuldade em manter saliva, alimentos no lado da boca afetado.
- Pesquisa do paladar dos 2/3 anteriores da língua, usando açúcar, sal e/ou limão.

## VIII – Estado-Acústico

- Divisão Coclear (acuidade auditiva): pessoa com os olhos fechados, estalam-se os dedos junto aos ouvidos bilateralmente – Sem alterações, utente reconheceu o som bilateralmente.
- Divisão Vestibular: equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico – não foi avaliado devido a estar em repouso no leito

## IX – Glossofaríngeo: Sem alterações

- Pesquisa de paladar no 1/3 posterior da língua (açúcar, sal).

## X – Vago: Sem alterações

- Pesquisa do reflexo do vômito tocando com uma espátula na região posterior da língua e úvula.

## XI – Espinhal: Sem alterações

- Pesquisa da força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio.

## XII – Grande Hipoglosso: Sem alterações

- Pesquisa dos movimentos da língua.

### **2.3. Motricidade**

#### 2.3.1. Força Muscular

A avaliação da força faz-se em todos os planos de movimentos e nos vários segmentos corporais; inicia-se dos segmentos distais para os proximais e bilateralmente com recurso à escala de *Medical Research Council* ou escala de *Lower* através do uso da força e resistência do avaliador e é classificada por uma fração (numerador: desempenho do utente/denominador: desempenho do avaliador).

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação da Força		Avaliação da Força	
		30/11		10/12	
Cabeça e Pescoço	Flexão	NA		NA	
	Extensão	NA		NA	
	Flexão lateral esquerda	NA		NA	
	Flexão lateral direita	NA		NA	
	Rotação	NA		NA	
<b>Membros Superiores (MS)</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
Escápulo-umeral	Flexão	2/5	2/5	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5	3/5	3/5
	Adução	2/5	2/5	3/5	3/5
	Abdução	2/5	2/5	3/5	3/5
	Rotação Interna	2/5	2/5	3/5	3/5
	Rotação Externa	2/5	2/5	3/5	3/5
	Elevação	2/5	2/5	3/5	3/5
	Depressão	2/5	2/5	3/5	3/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	3/5	4/5	3/5	4/5
	Supinação	3/5	4/5	3/5	4/5

<b>Punho</b>	Flexão	2/5	2/5	4/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5	4/5	3/5
	Desvio radial	2/5	2/5	3/5	3/5
	Desvio cubital	2/5	2/5	3/5	3/5
<b>Dedos</b>	Flexão	1/5	1/5	2/5	2/5
	Extensão	1/5	1/5	2/5	2/5
	Adução	1/5	1/5	1/5	1/5
	Abdução	0/5	1/5	1/5	1/5
	Circundação	0/5	0/5	0/5	0/5
	Oponência do polegar	0/5	0/5	0/5	0/5
<b>Membros Inferiores (MI)</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Coxo-Femural</b>	Flexão	3/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	2/5	3/5	4/5	4/5
	Adução	2/5	2/5	4/5	4/5
	Abdução	2/5	2/5	4/5	4/5
	Rotação Interna	2/5	2/5	4/5	4/5
	Rotação Externa	2/5	2/5	4/5	4/5
<b>Joelho</b>	Flexão	3/5	3/5	4/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5	4/5	4/5

<b>Tíbio-Társica</b>	Flexão plantar	3/5	3/5	4/5	4/5
	Flexão dorsal	4/5	4/5	4/5	4/5
	Inversão	1/5	1/5	4/5	4/5
	Eversão	1/5	1/5	4/5	4/5
<b>Dedos</b>	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução	2/5	2/5	4/5	4/5
	Abdução	2/5	2/5	4/5	4/5

### 2.3.2. Tónus Muscular

A avaliação da espasticidade faz-se em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, bilateralmente e do distal para o proximal, como na avaliação da força muscular com recurso a escala modificada de *Ashworth*.

Avaliação do tónus muscular (Escala modificada de <i>Ashworth</i> )				
	Membro Superior		Membro Inferior	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
<b>Espasticidade</b>	0	0	0	0

O Sr. C. apresenta *Score* 0 na escala modificada de *Ashworth* em todos os movimentos de todos os segmentos corporais (nenhum aumento do tónus muscular).

### 2.3.3. Coordenação Motora

A avaliação da coordenação baseia-se na simetria, ritmo, alternância e rapidez dos movimentos. O Sr. C. no dia 30/11 apresentava coordenação motora ligeiramente alterada a nível dos membros superiores e alterada a nível dos membros inferiores. No dia 10/12 apresentava melhor coordenação motora, a nível dos MSs encontrava-se mantida e a nível dos MIs apresentava ligeira alteração.

Realizado prova Índex-nariz para os membros superiores (com os membros superiores em abdução a pessoa deve tocar a ponta do nariz com o dedo indicador, primeiro com os olhos abertos e depois de olhos fechados) e a prova calcanhar-jelho para os membros inferiores (em decúbito dorsal com os membros inferiores em extensão a pessoa deve tocar no seu joelho com o calcanhar do lado oposto, deve repetir várias vezes, primeiro com os olhos abertos e depois com os olhos fechados).

### 2.3.4. Amplitude Articular

A amplitude articular não foi avaliada com recurso ao goniómetro, contudo não foram detetadas aparentes alterações na amplitude articular nos vários segmentos.

## 2.4. Escala de ASIA

Nome do Utente \_\_\_\_\_ Data / Hora do Exame \_\_\_\_\_ 2017

Nome do Examinador \_\_\_\_\_

**ASIA** PADRÕES INTERNACIONAIS DE CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DE LESÃO MEDULAR **ISC 63S**

**MOTOR**  
MÚSCULOS CHAVE (Pontuação no verso da folha)

C5	D	E	Flexores do cotovelo
C6	D	E	Extensores do punho
C7	D	E	Extensores do cotovelo
C8	D	E	Flexores dos dedos (falange distal do dedo médio)
T1	D	E	Abdutores dos dedos (5ª dedo)

MEMBRO SUPERIOR  
TOTAL (MÁXIMO) [ ] + [ ] = [ ]

Comentários:

L2 Flexores da anca  
L3 Extensores do joelho  
L4 Dorsiflexores do tornozelo  
L5 Extensores do 1º dedo  
S1 Flexores plantares do tornozelo

(CAV) Contração anal voluntária (Sim/Não) [ ] S4-5

MEMBRO INFERIOR  
TOTAL (MÁXIMO) [ ] + [ ] = [ ]

TOTALS (MÁXIMO) [ ] + [ ] = [ ]

**SENSITIVO**  
PONTOS CHAVE DE SENSIBILIDADE

0 = ausente  
1 = alterado  
2 = normal  
NT = não testável

(SAP) Sensação anal profunda (Sim/Não) [ ]

SCORE TOQUE AGULHA [ ] (max:132)

SCORE TOQUE LEVE [ ] (max:132)

**NÍVEL NEUROLÓGICO**  
Segmento mais caudal com função normal

**NÍVEL NEUROLÓGICO ÚNICO**

COMPLETA OU INCOMPLETA? [ ]

ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL

ESCALA DE DEFICIÊNCIA ASIA (AIS)

NT = nível mais caudal com alguma preservação

REV 09/13

Quadro 4: Escala de ASIA

### Muscle Function Grading

0 = total paralysis

1 = palpable or visible contraction

2 = active movement, full range of motion (ROM) with gravity eliminated

3 = active movement, full ROM against gravity

4 = active movement, full ROM against gravity and moderate resistance in a muscle specific position.

5 = (normal) active movement, full ROM against gravity and full resistance in a muscle specific position expected from an otherwise unimpaired person.

5\* = (normal) active movement, full ROM against gravity and sufficient resistance to be considered normal if identified inhibiting factors (i.e. pain, disuse) were not present.

NT = not testable (i.e. due to immobilization, severe pain such that the patient cannot be graded, amputation of limb, or contracture of >50% of the range of motion).

### ASIA Impairment (AIS) Scale

**A = Complete.** No sensory or motor function is preserved in the sacral segments S4-S5.

**B = Sensory Incomplete.** Sensory but not motor function is preserved below the neurological level and includes the sacral segments S4-S5 (light touch, pin prick at S4-S5; or deep anal pressure (DAP)), AND no motor function is preserved more than three levels below the motor level on either side of the body.

**C = Motor Incomplete.** Motor function is preserved below the neurological level\*\*, and at least half (half or more) of key muscle functions below the single neurological level of injury (NLI) have a muscle grade less than 3 (Grades 0-2).

**D = Motor Incomplete.** Motor function is preserved below the neurological level\*\*, and at least half (half or more) of key muscle functions below the NLI have a muscle grade  $\geq 3$ .

**E = Normal.** If sensation and motor function as tested with the ISNCSCI are graded as normal in all segments, and the patient had prior deficits, then the AIS grade is E. Someone without an initial SCI does not receive an AIS grade.

\*\*For an individual to receive a grade of C or D, i.e. motor incomplete status, they must have either (1) voluntary anal sphincter contraction or (2) sacral sensory sparing with sparing of motor function more than three levels below the motor level for that side of the body. The standards at this time allows even non-key muscle function more than 3 levels below the motor level to be used in determining motor incomplete status (AIS B versus C).

NOTE: When assessing the extent of motor sparing below the level for distinguishing between AIS B and C, the motor level on each side is used; whereas to differentiate between AIS C and D (based on proportion of key muscle functions with strength grade 3 or greater) the single neurological level is used.

### Steps in Classification

The following order is recommended in determining the classification of individuals with SCI.

- Determine sensory levels for right and left sides.
- Determine motor levels for right and left sides.  
*Note: in regions where there is no myotome to test, the motor level is presumed to be the same as the sensory level, if testable motor function above that level is also normal.*
- Determine the single neurological level.  
*This is the lowest segment where motor and sensory function is normal on both sides, and is the most cephalad of the sensory and motor levels determined in steps 1 and 2.*
- Determine whether the injury is Complete or Incomplete. (i.e. absence or presence of sacral sparing)  
*If voluntary anal contraction = No AND all S4-5 sensory scores = 0 AND deep anal pressure = No, then injury is COMPLETE. Otherwise, injury is incomplete.*
- Determine ASIA Impairment Scale (AIS) Grade:  
**Is injury Complete?** If YES, AIS=A and can record ZPP (lowest dermatome or myotome on each side with some preservation)  
NO  
**Is injury motor Incomplete?** If NO, AIS=B (Yes=voluntary anal contraction OR motor function more than three levels below the motor level on a given side, if the patient has sensory incomplete classification)  
YES  
**Are at least half of the key muscles below the single neurological level graded 3 or better?**  
NO → AIS=C  
YES → AIS=D

If sensation and motor function is normal in all segments, AIS=E  
*Note: AIS E is used in follow-up testing when an individual with a documented SCI has recovered normal function. If at initial testing no deficits are found, the individual is neurologically intact; the ASIA Impairment Scale does not apply.*

Fonte: <http://ligaparaibanadeneurointensivismo.blogspot.pt/2014/08/avaliacao-neurologica-do-paciente-com.html>

Escala de deficiência ASIA (AIS): D

Nível neurológico: C5

## **2.5. Sensibilidade**

Sensibilidade Superficial (tátil, térmica e dolorosa), foi avaliada a sensibilidade tátil e doloroso a nível de todos os dermatômos quando foi realizada a escala de ASIA encontrando-se alterada em alguns segmentos como nas mãos e a nível inguinal.

Sensibilidade Profunda (sentido de pressão, sensibilidade vibratória e sensibilidade postural), não foi avaliada a sensibilidade vibratórias, estando as restantes mantidas.

## **2.6. Equilíbrio e Marcha**

Equilíbrio: impossível de avaliar por o utente se encontrar em repouso no leito.

Marcha: utente com indicação para repouso no leito, não foi avaliado.

## **2.7. Avaliação geral**

### **2.7.1. Circulação**

Apresenta pulso rítmico e cheio. Membros sem edemas e sem sinais de compromisso neurocirculatório.

Tensão arterial: 111/75 mmHg (milímetros por mercúrio);

Pulso: 63 batimentos por minuto.

### **2.7.2. Temperatura: 37°**

2.7.3. Dor: De acordo com a avaliação da dor pela Escala Visual Analógica (EVA), o Sr. C. apresentou dor 0. Com tramadol em esquema e sem necessidade de realizar analgesia em SOS.

#### 2.7.4. Respiração

Eupneico em repouso sem aporte de oxigénio, com respiração toracoabdominal de média amplitude, rítmica e simétrica. Sem sinais de tiragem supra-clavicular ou intercostal. Saturação de Oxigénio de 96% com frequência respiratória de 18 ciclos por minuto. Sem sinais de alterações da configuração do tórax.

Utente sem dispneia em repouso ou após a realização da sessão de reabilitação (escala de *Borg* de 0).

Sem acessos de tosse ou outro tipo de sintomatologia.

#### Exame objetivo do tórax:

Auscultação: murmúrio vesicular mantido sem resíduos adventícios.

Palpação: expansibilidade mantida e simétrica, sem deformações, vibrações vocais normais.

Percussão: som claro pulmonar.

2.7.5. Abdómen: Mole, depressível e indolor à palpação.

2.7.6. Altura: 167cm

2.7.7. Peso: 58Kg

2.7.8. Índice de massa corporal (IMC) do Sr. C é de 20,80, pelo que tem um peso ideal.

A:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

B:

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)	
Classificação	Valor de IMC
Baixo peso severo	menor que 16
Baixo peso moderado	entre 16 e 16,9
Baixo peso leve	entre 17 e 18,49
Peso ideal	entre 18,5 e 24,9
Sobrepeso	maior ou igual a 25
Pré-obesidade	entre 25 e 29,9
Obesidade moderada	entre 30 e 34,9
Obesidade alta	entre 35 e 39,9
Obesidade muito alta	igual ou maior que 40

Estas informações não se aplicam a gestantes, crianças e atletas.

Fonte A: <https://dietadicas.wordpress.com/2011/08/31/27/>

Fonte B: <https://sites.google.com/a/in.cscm-lx.pt/estilo-de-vida-saudavel/indice-de-massa-corporal>

2.7.9. Segurança: Queda de um andaime (3 a 4 metros de altura).

De acordo com a escala de *Morse* o Sr. C. apresenta alto risco de queda:

		<b>Score</b>
Data: 3/12/2017		
Antecedentes de queda	Sim	25
Diagnóstico secundário	Sim	15
Apoio para a deambulação	Nenhuma/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Medicação e/ou heparina intravenosa	Sim	20
Marcha	Normal/ acamado/imóvel	0
Estado mental	Consciente das suas limitações	0
Classificação	<b>Score total:</b> Alto Risco	60

2.7.10. Acuidade Auditiva: Sem alterações.

2.7.11. Acuidade Visual: Sem alterações.

2.7.12. Pele/Tegumentos:

Pele íntegra. Pele e mucosas ligeiramente descoradas e desidratadas. Apresenta esfacelos no tórax anterior à direita e no joelho à direita e escoriação a nível do lábio inferior devido à queda, que cicatrizaram ao longo do internamento.

O Sr. C. apresenta *Score* 14 na Escala de *Braden*, ou seja, apresenta alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão.

Quadro 8: Escala de *Braden*

<p><b>Percepção sensorial</b></p> <p>Capacidade de reação significativa ao desconforto</p>	<p><b>1.Complemente limitado:</b></p> <p>Não reage a estímulo doloroso (não geme, não se segura, não se retrai), devido a um nível reduzido de consciência ou sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p><b>2.Muito limitado:</b></p> <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, ou tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p><b>3.Ligeiramente limitado:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.</p>	<p><b>4.Nenhuma limitação:</b></p> <p>Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	<p>4</p>
<p><b>Humidade</b></p> <p>Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1.Pele constantemente húmida:</b></p> <p>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o utente é movimentado ou posicionado.</p>	<p><b>2.Pele muito húmida:</b></p> <p>A pele está frequentemente, mas nem sempre húmida. A roupa de cama precisa de ser trocada pelo menos uma vez durante o turno.</p>	<p><b>3.Pele ocasionalmente húmida:</b></p> <p>A pele está ocasionalmente húmida, necessitando de uma troca de roupa de cama aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4.Pele raramente húmida:</b></p> <p>Pele habitualmente seca, só exigindo mudança de roupa por rotina.</p>	<p>3</p>
<p><b>Atividade</b></p> <p>Nível de atividade física</p>	<p><b>1.Acamado:</b></p> <p>Mantém-se sempre no leito.</p>	<p><b>2.Sentado:</b></p> <p>Capacidade de marcha severamente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou precisa ser ajudado a sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.</p>	<p><b>3.Andar ocasionalmente:</b></p> <p>Caminha ocasionalmente durante o dia, mas apenas por curtas distâncias, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</p>	<p><b>4.Andar frequentemente:</b></p> <p>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante o período em que está acordado.</p>	<p>1</p>
<p><b>Mobilidade</b></p> <p>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1.Completamente imobilizado:</b></p> <p>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2.Muito limitado:</b></p> <p>Ocasionalmente muda ligeiramente de posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda</p>	<p><b>3.Ligeiramente limitado:</b></p> <p>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades, sem ajuda.</p>	<p><b>4.Nenhuma limitação:</b></p> <p>Faz grandes ou frequentes alterações de posição sem assistência.</p>	<p>2</p>

<p><b>Nutrição</b></p> <p>Alimentação habitual</p>	<p><b>1.Muito pobre:</b></p> <p>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou derivados do leite). Ingere poucos líquidos. Não toma nenhum suplemento dietético líquido, ou está em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou com hidratação EV por mais de 5 dias</p>	<p><b>2.Provavelmente inadequado:</b></p> <p>Raramente faz uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de metade da refeição oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou derivados de leite. Ocasionalmente toma um suplemento alimentar, ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentos por sonda.</p>	<p><b>3.Adequado:</b></p> <p>Come mais de metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 refeições de proteínas (carne, peixe, derivados do leite). Ocasionalmente recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético oferecido, ou é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4.Excelente:</b></p> <p>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa a alimentação. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, derivados do leite). Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>	<p>3</p>
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1.Problema:</b></p> <p>Necessita de assistência moderada ou máxima para se movimentar. É impossível levantar o utente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com assistência máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a uma fricção quase constante.</p>	<p><b>2.Problema potencial:</b></p> <p>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente desliza com alguma forma contra os lençóis, cadeiras, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira ou na cama, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3.Nenhum problema:</b></p> <p>move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p>		<p>1</p>

Fonte: Adaptado Orientação da direção-geral da saúde nº 017/2011

<b>Nível de Risco Escala de Braden</b>	
Baixo Risco	≥ 17
Alto Risco	≤ 16

## **2.8. Atividades Básicas de Vida Diária**

Higiene Pessoal: dependente total devido a ter colar cervical e lesões a nível da coluna.

Vestuário: dependente total devido a apresentar colar cervical e lesões a nível da coluna.

Alimentação: dependente total devido a ter colar cervical, apresentar movimentos descoordenados e diminuição da força a nível das mãos. Sem disfagia.

Eliminação Vesical e Intestinal:

- Utente encontra-se algaliado com uma foley de curta duração nº14 desde o dia da admissão, anteriormente ao acidente não tinha qualquer tipo de limitação. No dia 11/12 foi feito treino vesical com a desalgaliação do utente, sem sucesso, foi novamente realgaliado.
- Em relação a parte intestino anteriormente ao acidente evacuava diariamente fezes moldadas. No internamento no dia 3/12 por não evacuar desde o dia 28/11, foi administrado bisacodil rectal com efeito, evacuou fezes semilíquidas em grande quantidade. Encontra-se em programa intestinal, isto é, é administrado de 2 em 2 dias bisacodil rectal, com efeito. O Sr. C. apresenta sensibilidade e contração a nível anal, mas evacuou na fralda. Refere ter sensibilidade, mas não tem controlo.

Mobilidade: Dependente total devido a apresentar colar cervical, diminuição da força como descrito anteriormente e descoordenação dos membros sendo mais acentuada a nível dos MIs.

Sono e Repouso: encontra-se alterado desde que se encontra internado, mesmo com medicação prescrita, devido a ter um utente desorientado na cama ao lado e fazer muito barulho durante a noite. Antes no internamento dormia cerca de 6 horas.

## 2.9. Medida de Independência Funcional (MIF)

Avaliação		5/12/17	13/12/17
<b>Autocuidado</b>	Alimentação	2	4
	Higiene pessoal	2	4
	Banho	1	2
	Vestir metade superior	1	3
	Vestir metade inferior	1	2
	Utilização da sanita	1	1
<b>Controlo dos esfíncteres</b>	Bexiga	1	1
	Intestino	1	1
<b>Mobilidade/ Transferência</b>	Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	3
		1	1
	Sanita	1	1
	Banheira, duche		
<b>Locomoção</b>	Marcha/ cadeira de rodas	1	1
	Escadas	1	1
<b>Comunicação</b>	Compreensão	7	7
	Expressão	7	7
<b>Cognição social</b>	Interação social	7	7
	Resolução de problemas	6	7
	Memória	7	7
<b>Total</b>		49	60

## 2.10. Programas de Reabilitação

Reeducação funcional respiratória (RFR);

Reeducação funcional motora (RFM).

Treino das atividades de vida diária (AVD)

### 3. PLANO DE CUIDADOS

Data	30/11
Diagnóstico de Enfermagem	Risco de ventilação comprometida relacionado com nível de lesão neurológica C5
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter ventilação adequada.</li></ul>
Intervenções de Enfermagem (sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Monitorizar a frequência respiratória e saturação de oxigénio;</li><li>- Vigiar a ventilação (tipo, ritmo, amplitude, simetria, tempo inspiratório e expiratório, uso de músculos respiratórios, presença de ruídos adventícios);</li><li>- Vigiar a respiração (em repouso e esforço);</li><li>- Observar tórax;</li><li>- Realizar auscultação respiratória;</li><li>- Avaliar e instruir o Sr. C. a vigiar outros parâmetros como sinais de perfusão periférica, presença de secreções e suas características, eficácia da tosse, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar, sudorese;</li><li>- Executar, instruir e treinar o utente sobre cinesioterapia respiratória;<ul style="list-style-type: none"><li>Abertura costal global</li><li>Abertura costal seletiva à direita</li><li>Abertura costal seletiva à esquerda</li><li>Exercício de rotação da escapulo umeral</li></ul></li></ul>

- Executar, instruir e treinar sobre técnica de posicionamento;

Posição de descanso e relaxamento

Correção postural

- Executar, instruir e treinar técnicas respiratórias;

Respiração abdomino-diafragmática

Reeducação abdominodiafragmática posterior

Exercícios para tonificar o diafragma

- Incentivar e treinar o uso de dispositivos respiratórios (espirómetro de incentivo);

- Incentivar ao repouso após ações que provoquem cansaço;

- Otimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento;

Instruir sobre a importância de manter o alinhamento corporal;

- Instruir e treinar o utente sobre técnicas respiratórias (controlo da respiração: consciencialização e a dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase inspiratória);

- Avaliar a dispneia com recurso à escala de Borg;

- Estimular o utente a repetir os exercícios respiratórios ao longo do dia;

- Incentivar a ingestão hídrica (1,5l de água);

- Fornecer reforço positivo.

Avaliação	<p>Utente ao longo do internamento apresentou ventilação espontânea sem aporte de oxigénio, com respiração toraco-abdominal de média amplitude, rítmica e simétrica. Frequência respiratória de cerca de 18 ciclos por minuto. À auscultação teve murmúrio vesicular mantido sem resíduos adventícios. Sem tosse ou expetoração.</p> <p>Em todas as sessões (3 a 4 vezes por semana) foram realizados exercícios de cinesioterapia respiratória, técnicas respiratórias e técnicas de posicionamento.</p> <p>O Sr. C é bastante interessado na RFR, aumentando a eficácia e concentração do utente ao longo das várias sessões realizadas e ao longo das sessões foram realizados reforços positivos.</p> <p>Consegue realizar sem qualquer tipo de dificuldade a dissociação dos tempos respiratórios e todos os exercícios pedidos.</p>
-----------	---

Data	30/11
Diagnóstico de Enfermagem	Défice de autocuidado higiene relacionado com défices neuromusculares manifestado por diminuição da força e descoordenação a nível dos quatro membros.
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>O utente consiga lavar o corpo mais de 25%, dentro de 10 dias.</li> </ul>
Intervenções de Enfermagem (sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instruir e treinar o utente acerca dos cuidados a ter com a sua postura corporal durante os posicionamentos e os cuidados de higiene;</li> <li>Instruir e treinar o Sr. C. sobre os cuidados a ter com o colar cervical e sobre a importância de cumprir os posicionamentos;</li> <li>Apoiar, auxiliar e incentivar o Sr. C. na realização da sua higiene diária até a aquisição da sua máxima autonomia e capacidade;</li> <li>Realizar a avaliação da tolerância ao esforço por parte do utente na realização das AVD;</li> <li>Incentivar o Sr. C a aumentar de forma progressiva a realização das suas AVD com o máximo de autonomia que tolerar.</li> </ul>
Avaliação	<p>30/11: Devido ao utente apresentar colar cervical, era pouco participativo e não era incentivado a participar nas AVD. Instruído e treinado sobre os cuidados a ter com o colar cervical, quando colocar ou retirar a almofada da cabeça e incentivado a não se posicionar sem a colaboração de outra pessoa.</p> <p>5/11: Utente cumpre as indicações do uso do colar cervical apesar de se desposicionar.</p> <p>13/12: Foram prestados os cuidados de higiene no wc na maca banheira, tendo ficado bastante satisfeito. Nos cuidados de higiene foi incentivado a lavar-se. Devido a não ter preensão nas mãos foi colocado uma manípula na</p>

mão com sabonete e o Sr. C. lavou a face, os MSs e o tronco, também houve a tentativa de o utente segurar o chuveiro, mas como não tem preensão, não consegue segurar durante muito tempo.

Utente ficou bastante motivado e foi feito reforço positivo.

Encontra-se muito dependente nas AVD. Até ao momento sem indicação para levantar.

Data	30/11
Diagnóstico de Enfermagem	Mobilidade comprometida relacionada com défices neuromusculares, manifestado por diminuição da força, mais acentuado nos MSs e descoordenação motora
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a mobilidade durante o tempo de internamento.</li> <li>• Aumentar a força muscular dentro de 10 dias.</li> <li>• Melhorar a coordenação motora dentro de 10 dias.</li> <li>• Preservar a amplitude articular ao longo do internamento.</li> </ul>
Intervenções de Enfermagem  (sistema totalmente compensatório passando para parcialmente compensatório e sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a privacidade (cortinas fechadas) antes dos exercícios de reabilitação;</li> <li>- Avaliar a motivação do Sr. C. na participação no programa de reabilitação;</li> <li>- Monitorizar a força muscular através da escala de <i>Medical Research Council</i> ou <i>Lower</i>;</li> <li>- Monitorizar o tônus muscular através da escala modificada de <i>Ashworth</i>;</li> <li>- Avaliar a ASIA;</li> <li>- Avaliar a tolerância ao esforço com recurso à escala de Borg;</li> <li>- Avaliar a dor e o risco de queda;</li> <li>- Elaborar programas de reeducação sensório-motora;</li> <li>- Instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (inicialmente ativo-assistido e progredindo conforme a evolução do utente para mobilizações ativas e ativas resistidas), 1 vez no turno, em todos os segmentos articulares com exceção da cabeça, respeitando a amplitude e dor (10 vezes cada movimento):</li> </ul>

- ✓ Flexão e extensão; adução e abdução dos dedos e oponência do polegar (mobilizações passivas);
- ✓ Flexão e extensão do punho;
- ✓ Desvio radial e desvio cubital;
- ✓ Supinação e pronação do antebraço;
- ✓ Flexão e extensão do cotovelo;
- ✓ Adução e abdução do ombro;
- ✓ Extensão e flexão do ombro;
- ✓ Depressão e elevação do ombro;
- ✓ Circundação do ombro;
- ✓ Flexão e extensão dos dedos dos pés;
- ✓ Inversão e eversão da tibiotársica;
- ✓ Flexão plantar e dorsiflexão;
- ✓ Flexão e extensão do joelho;
- ✓ Flexão e extensão da coxo-femural;
- ✓ Adução e abdução da coxo-femural;
- ✓ Rotação interna e rotação externa da coxo-femural.

- Instruir e treinar a realização da ponte;

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reforçar que a alternância de decúbitos deve ser feita com apoio de outra pessoa devido à presença de colar cervical;</li><li>- Estimular o utente a repetir os exercícios ao longo do dia;</li><li>- Fornecer reforço positivo.</li></ul>
Avaliação	<p>Em todas as sessões (3 a 4 vezes por semana) foi realizado RFM.</p> <p>O Sr. C é bastante interessado na RFM, realiza os exercícios corretamente e repeti-os ao longo do dia. Ao longo das sessões foram realizados reforços positivos.</p> <p>A nível dos dedos das mãos são realizadas mobilizações passivas devido a diminuição da força. Foi fornecido bola para o utente apertar, mas sem sucesso.</p> <p>30/11: Realizadas mobilizações passivas ou ativo assistidas nos MS e MIs devido a descoordenação motora e diminuição da força. Grau 0 na escala de <i>Ashworth</i>. Amplitude articular aparentemente mantida.</p> <p>5/12: Utente com aumento da força a nível dos MIs. Realizadas mobilizações ativo assistidas nos MS e MIs. Feito treino da ponte.</p> <p>10/12: Utente com força mantida a nível dos MIs. Realizou mobilizações ativas nos MIs e em alguns segmentos nos MSs. Aumentado repetições para 15 vezes cada movimento.</p> <p>13/12: Introduzido peso com 0,5kg a nível dos MSs e MIs, utente necessita de apoio a nível dos segmentos da articulação escapulo-umeral à direita.</p>

Data	30/11
Diagnóstico de Enfermagem	Autocuidado alimentar-se comprometido relacionado com défice neuromuscular, manifestado por diminuição da força a nível dos MS, mas acentuada a nível das mãos (escala de <i>Lower</i> de 0 a 2) e incapacidade de levar os alimentos à boca
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o autocuidado alimentar-se em 10 dias.</li> </ul>
Intervenções de Enfermagem  (sistema totalmente compensatório passando para sistema de apoio/educação)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o estado nutricional;</li> <li>- Realizar mobilizações passivas das articulações da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos e gradualmente introduzir mobilizações ativa assistidas, ativas e ativas-resistidas, conforme tolerância do utente;</li> <li>- Instruir e treinar o posicionamento do utente em decúbito lateral e a cabeceira elevada durante as refeições para evitar riscos de aspiração;</li> <li>- Preparar e fracionar os alimentos para a ingestão;</li> <li>- Reunir os utensílios necessários para a refeição (auxílio de alimentação quando ficar sem colar cervical);</li> <li>- Avaliar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado alimentar-se;</li> <li>- Instruir e treinar estratégias para alimentar-se sozinho com auxílio de alimentação;</li> <li>- Promover o reforço hídrico (1,5l de líquidos/dia);</li> <li>- Promover uma boa higiene oral;</li> <li>- Fornecer reforço positivo pela evolução.</li> </ul>

Avaliação	<p>Até dia 10/12 utente mantinha-se com o colar cervical e por essa razão necessitava de ajuda total para se alimentar. Autonomamente comia o pão e consegue ingerir líquidos.</p> <p>13/12: Feito treino com o dispositivo de alimentação. O Sr. C. inicialmente estava bastante receoso e renitente. Utente conseguiu alimentar-se autonomamente com pequeno auxílio devido à colher por vezes não ficar bem fixa. Utente ficou bastante contente.</p> <p>Após a alimentação o Sr. C. com o auxílio do dispositivo realizou higiene oral sozinho.</p> <p>Realizado reforço positivo pela evolução.</p>
-----------	--

Data	30/11
Diagnóstico de Enfermagem	Autocuidado eliminação intestinal comprometido, relacionado com ausência de controlo do esfíncter anal manifestado por incontinência
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar o autocuidado eliminação ao longo do internamento.</li> <li>• Promover um padrão de continência intestinal ao longo do internamento.</li> </ul>
Intervenções de Enfermagem (sistema totalmente compensatório)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente calmo e tranquilo;</li> <li>- Avaliar através da ASIA se tem contração e sensibilidade anal;</li> <li>- Conhecer o padrão intestinal do Sr. C. anterior ao acidente;</li> <li>- Informar sobre a importância da administração de laxantes, expansores de volume, ingestão hídrica e cuidados na alimentação;</li> <li>- Solicitar que lhe sejam providenciados cuidados de higiene parciais após sentir que o treino foi eficaz.</li> </ul>
Avaliação	<p>Realizado treino intestinal em dias alternados, tendo evacuado após a administração de bisacodil rectal. Por vezes apresenta perdas sendo menos frequentes no final do internamento.</p> <p>Ingere cerca de 1,5l de água por dia.</p> <p>Tem conhecimentos acerca da alimentação que deve ingerir, e refere comer sempre a sopa, a salada e as verduras.</p>

Data	30/11
Diagnóstico de Enfermagem	Risco de úlcera de pressão a nível das proeminências ósseas relacionado com repouso no leito e presença de colar cervical
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de úlceras de pressão.</li> </ul>
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de <i>Braden</i>;</li> <li>- Vigiar a integridade da pele, principalmente as zonas de pressão/proeminências ósseas;</li> <li>- Aplicar creme hidratante com suave massagem para estimular a circulação sanguínea;</li> <li>- Evitar a fricção no leito a cada mobilização e/ou posicionamento;</li> <li>- Instruir e treinar o utente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manter a pele limpa e seca;</li> <li>✓ Cumprir a alternância de decúbitos (de 3 em 3h);</li> <li>✓ Reforçar a importância da alternância de decúbitos;</li> <li>✓ Aliviar zonas de pressão através de almofadas;</li> <li>✓ Manter pele hidratada através da ingestão hídrica e de creme hidratante;</li> </ul> </li> <li>- Vigiar o estado da roupa da cama (roupa enrugada ou molhada);</li> </ul> <p>Promover padrão nutricional adequado.</p>
Avaliação	Apresenta alto risco de desenvolver úlcera de pressão;

	<p>Mantem a pele integra. Realizado alternância de decúbitos de 3 em 3 horas, apesar do Sr. C. ter tendência para se colocar de decúbito dorsal;</p>
--	--

Utente renitente à aplicação de creme hidratante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordeiro, M. C. & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

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

Direção-Geral da Saúde. *Orientação da Direção-Geral da Saúde. nº 017/2011*. 2011. Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q). Acessível na DGS, Portugal, <https://www.dgs.pt/?cr=20377>.

<http://dicascomoemagrecer.com/calculo-imc-descubra-se-voce-esta-peso-ideal/>

<http://enfermagem-na-saude.blogspot.pt/2010/01/escala-de-coma-de-glasgow.html>.  
Acedido em 28/09/2017.

<http://felipesenger.blogspot.pt/2012/03/escala-visual-analogica-eva.html> Acedido a 28/09/2017

<http://ligaparaibanadeneurointensivismo.blogspot.pt/2014/08/avaliacao-neurologica-do-paciente-com.html>. Acedido a 14/12/2017.

<http://schuttecorpoesaude.blogspot.pt/2013/06/percepcao-subjetiva-do-esforco-e.html>. Acedido em 28/09/2017

<https://ccfmuc09.files.wordpress.com/2012/11/escala-de-morse.docx>. Acedido em 28/09/2017

<https://dietadicas.wordpress.com/2011/08/31/27/>. Acedido a 1/12/2017.

<https://sites.google.com/a/in.cscm-lx.pt/estilo-de-vida-saudavel/indice-de-massa-corporal>. Acedido a 25/11/2017.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão Documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: Instrumento de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

Under, L., Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. (5ªed). Loures: Lusodidacta.

**Apêndice V**  
Atividades Desenvolvidas na UCC



Folheto informativo sobre:

## POSICIONAMENTO CORRETO DA MÃE PARA CUIDAR DO BEBÊ



<https://uaubaby.wordpress.com/tag/bebes/>

***Quando se é mãe não pode deixar de pensar em si.***

Uma das queixas mais frequentes das mães após período gestacional são dores de costas, ombros e de pescoço, muitas vezes associadas a adquirirem uma má postura.

Os bebês crescem e aumentam de peso por isso é muito importante saber que postura devemos adquirir quando estamos a cuidar deles.

### Mecânica Corporal:

Devemos ter noção de 3 conceitos:

- centro de gravidade (centro exato de um peso; a proximidade à base de sustentação determina a estabilidade do equilíbrio);
- linha da gravidade (linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto; quando a linha de gravidade cai dentro da base de sustentação, obtém-se maior estabilidade);
- base de sustentação (é a área onde a pessoa está apoiada; quanto maior for a base, maior será a estabilidade).

Princípios:

- Manter o alinhamento corporal;
- Colocar os pés na largura dos ombros e coloque meio passo à frente do outro;
- Manter o equilíbrio corporal;
- Realizar movimentos corporais coordenados;
- Usar as pernas e nunca as costas;
- Nunca levantar mais peso do que aquele que conseguimos segurar confortavelmente.

### **Posição para amamentar**

“O mais importante é que a amamentação seja um momento gratificante para si e para o seu bebê”

Existem várias posições de amamentação, pode ser deitado ou sentado, mas tem que ter muita atenção à sua postura.



Deve optar:

- Posição confortável e relaxada;
- Costas direitas e muito bem apoiadas;
- Pés apoiados;
- Pescoço o mais direito possível, não permaneça por longos períodos com o pescoço inclinado e a olhar para o lado;
- O peso do bebê deve ser distribuído e não estar somente num braço;
- Tentar usar um apoio de braços, se tiver pode usar a almofada de amamentação;
- Alternar o braço de apoio do bebê em cada mamada;
- Manter o bebê próximo do seu corpo (barriga com barriga).

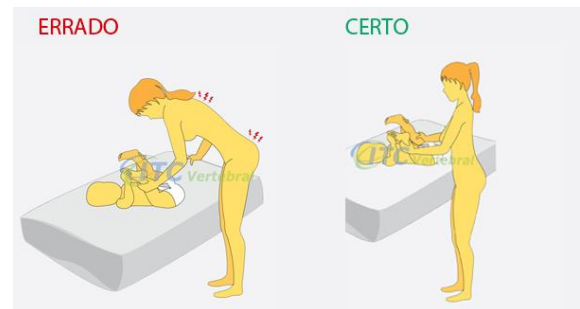
## Dar banho

- Colocar a banheira à sua altura, para que a sua coluna não se encontra dobrada;
- Coloque uma perna à frente e outra a trás para aumentar a sua base de suporte;
- Caso necessário, dobre ligeiramente os joelhos.



## Trocar as fraldas

- Colocar sempre o bebê à sua frente para não fazer movimentos laterais da coluna;
- Colocar o bebê à sua altura para manter a coluna direita;
- Evite curvar-se para a frente
- Mantenha o material que vai utilizar junto de si e de fácil acesso, para que não tenha que fazer rotação lateral da coluna.



## Retirar e colocar o bebê no berço

- Manter sempre o bebê o mais junto do seu corpo, para evitar sobrecarga a nível dos ombros e braços;
- Contraia os músculos abdominais;
- Posicione-se de lado do berço e utilize o movimento das pernas;
- Os pés devem estar direcionados no sentido do movimento;
- Mantenha uma perna à frente e outra a trás;
- Dobre os joelhos;
- Evite inclinar a coluna para a frente e manter os pés juntos.



Fonte fotos: <http://www.hemiadedisco.com.br/espaco-dr-coluna/cartilha-do-itc-vertebral/postura-correta-com-os-bebes/>

Elaborado por: Enf.ª Inês Pauleta (estudante do 8ºCMER, ESEL)

Orientada por: Enf.ª

Outubro 2017

# Treino de motricidade fina e escrita

*Atividades de Coordenação Motora*



Dona Joaquina é tão linda!!! Vamos ajudá-la a percorrer o caminho cobrindo bem bonito.



Estimule seu filho para fazer a a tarefinha sozinho.

Você é alguém muito especial para mim!

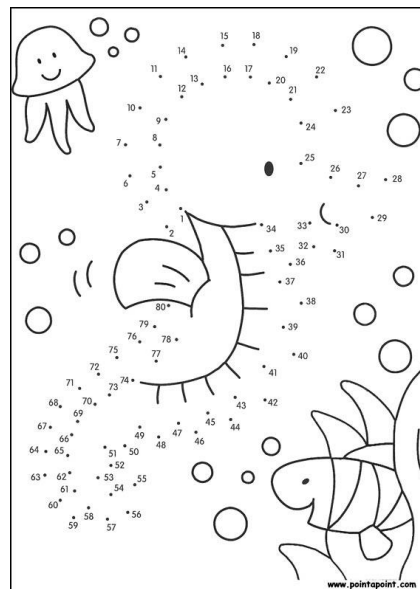
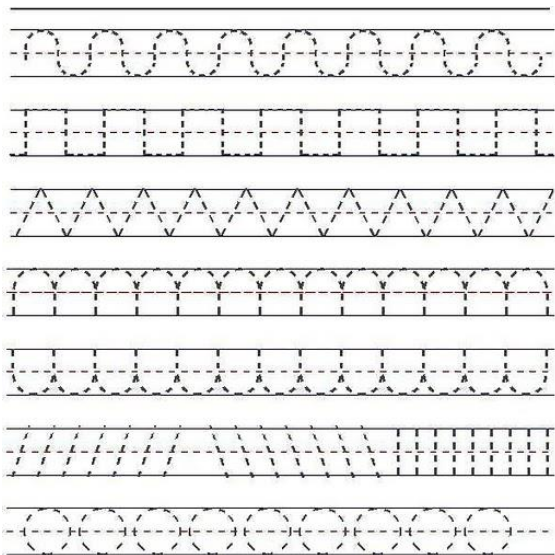
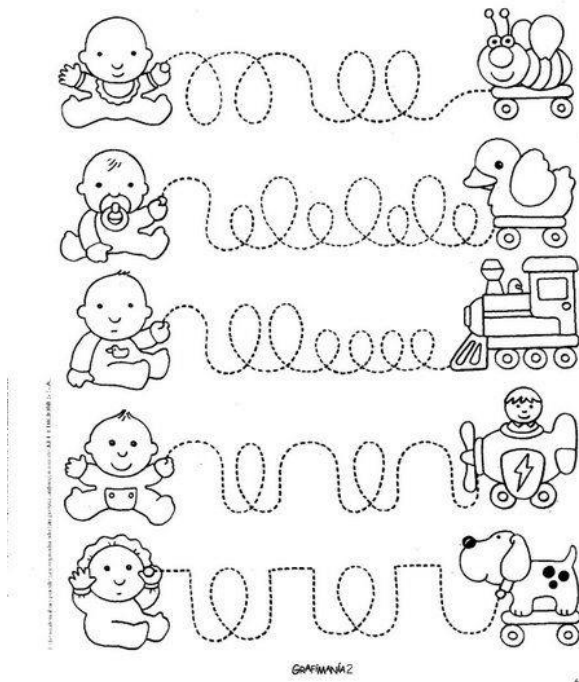
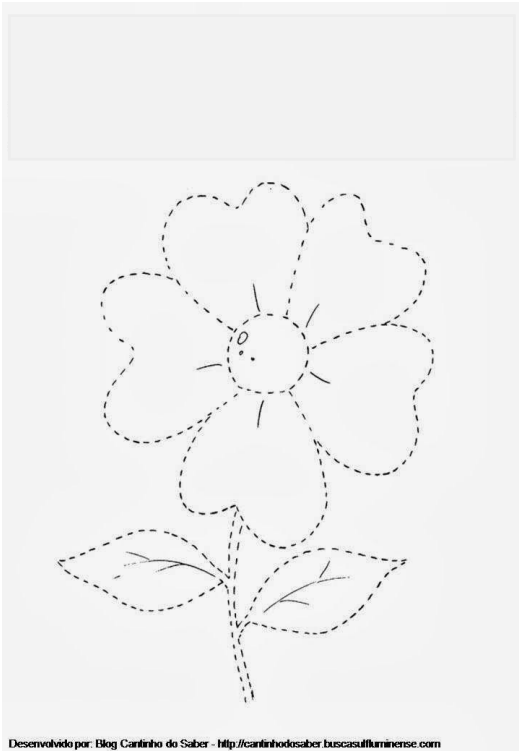
Aa Bb Cc Dd Ee Ff  
Gg Hh Ii Jj Kk Ll Mm  
Nn Oo Pp Qq Rr Ss Tt  
Uu Vv Ww Xx Yy Zz

Aa Bb Cc Dd Ee Ff  
Gg Hh Ii Jj Kk Ll Mm  
Nn Oo Pp Qq Rr Ss Tt  
Uu Vv Ww Xx Yy Zz

Visit [www.studenthandouts.com](http://www.studenthandouts.com) for free interactive test prep games...no log in required!

0 0 0 . . . . .  
1 1 1 . . . . .  
2 2 2 . . . . .  
3 3 3 . . . . .  
4 4 4 . . . . .  
5 5 5 . . . . .  
6 6 6 . . . . .  
7 7 7 . . . . .  
8 8 8 . . . . .  
9 9 9 . . . . .

ABCDEF  
GHIJKL  
MNOPQR  
STUVWX  
YZ 1234  
567890



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/834854849643855252/>

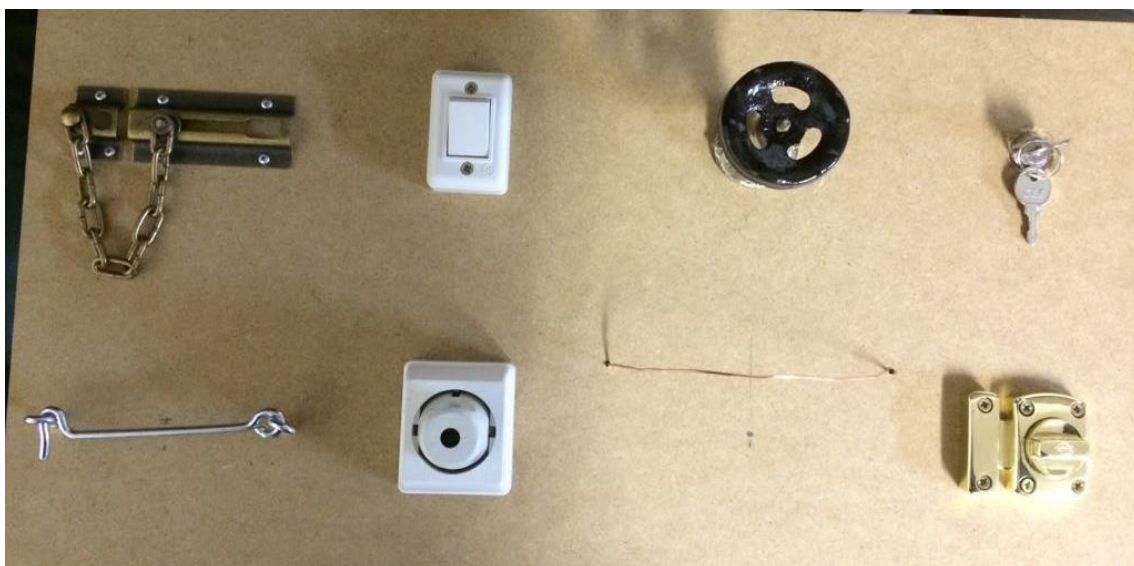
<https://br.pinterest.com/pin/263319909442133405/>

<https://www.pinterest.pt/remacara/ligar-pontos/>

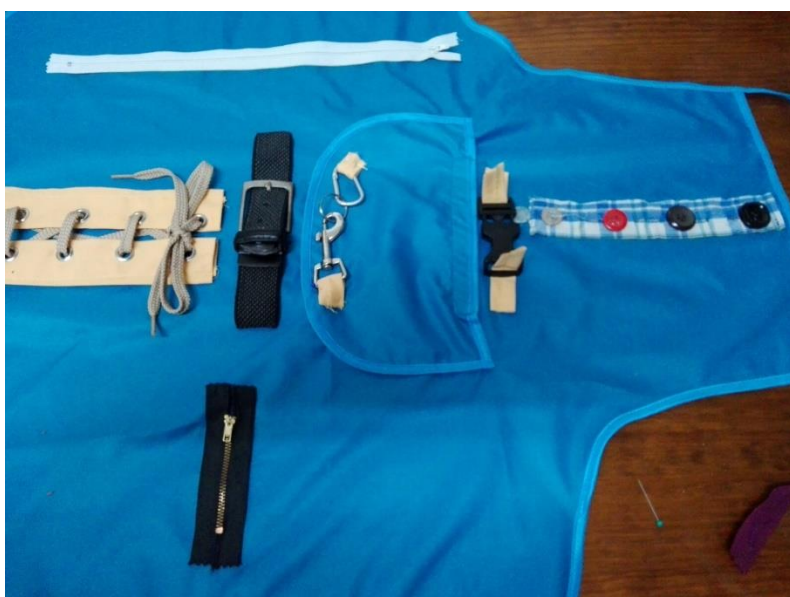
**Apêndice VI**  
Atividades Desenvolvidas no Hospital



Fotografia da tábua para a estimulação da motricidade fina



Fotografia do avental para a estimulação da motricidade fina





**Apêndice VII**  
Relatório do Estágio de Observação



## **Relatório do estágio de observação**

O estágio de observação para este centro de reabilitação foi solicitado no sentido de aprofundar conhecimentos sobre a continuidade de cuidados de enfermagem prestados após a alta hospitalar à pessoa com lesão vertebro medular.

Tinha como objetivo: analisar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção das diferentes atividades de vida diária (AVD) da pessoa com Lesão Vertebro Medular (LVM), assim como na promoção da atividade física na fase de sequelas.

Desenvolver competências do EEER na promoção da atividade física na pessoa com LVM;

Desenvolver competências do EEER com vista à satisfação da pessoa, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado através da promoção da atividade física como intervenções de enfermagem.

Este serviço é constituído por 30 camas e tem dezoito enfermeiros, de entre os quais quatro são EEER, inclusive o enfermeiro coordenador. Neste momento nenhum dos EEER presta cuidados de enfermagem de reabilitação, devido a falta de recursos humanos, ficando no turno na manhã um rácio de um enfermeiro para 7 a 8 utentes e no turno na tarde e noite de um enfermeiro para 15 utentes.

No primeiro dia de estágio tive a oportunidade de assistir à admissão de um utente onde é realizada uma consulta médica, outra com a assistente social e outra com a psicóloga. Na consulta médica também deveria estar presente um enfermeiro, para fazer a avaliação inicial de enfermagem e colaborar na avaliação do utente, mas neste caso não esteve. Na consulta é realizada uma colheita de dados e uma avaliação neurológica semelhante ao plano de cuidados que realizei a nível hospitalar, e é preenchida a escala de ASIA, MIF, SCIM e n-FAC (presentes no final deste trabalho). Esta consulta ou grande parte poderia ser realizada por um EEER ou pelo menos com a sua colaboração, o que parece demonstrar a falta de autonomia do EEER neste centro.

Tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a utentes que permaneciam no serviço devido a terem úlceras de pressão e não poderem estar longos períodos sentados na cadeira de rodas ou por se encontrarem em isolamento e não terem indicação de se deslocarem ao ginásio.

O papel do EEER encontra-se muito diluído na equipa de cuidados e nem os próprios utentes valorizam a especificidade desses cuidados e por esse motivo tive dificuldade em que alguns destes participassem nas tarefas sugeridas. Tentei demonstrar a importância de se autocuidarem, como os cuidados de higiene, vestir e despir para se prepararem para a alta, mas valorizam mais a fisioterapia devido a terem horários.

Deveria haver mais trabalho interdisciplinar e tal como sugerido, ao longo do dia os utentes também deveriam ter um horário para que o EEER conseguir trabalhar os utentes e haver partilha entre os profissionais sobre a sua evolução. Neste centro todos os profissionais trabalham para o mesmo objetivo que é a máxima recuperação do utente, mas trabalham separadamente. Tal como refere Branco (2017), existem vários modelos, e neste centro estão presentes dois modelos, o modelo médico e o multidisciplinar. O modelo médico devido a ser este profissional que prescreve as intervenções que o EEER deve ter e por outro lado é multidisciplinar porque cada elemento trabalhar de forma individualizada apesar de terem o mesmo fim. Realizam reuniões semanais, mas não existe colaboração sistemática entre todos os elementos, como descrito no modelo interdisciplinar, não obtendo melhores resultados.

Neste serviço não existem cuidados específicos de enfermagem de reabilitação. Existem protocolos elaborados pela equipa médica que são seguidos por todos os enfermeiros não os tornando autónomos na sua tomada de decisão.

AVD mais valorizada nos cuidados é a eliminação tanto intestinal como vesical. Tal como descrito na literatura a incontinência intestinal é um dos principais problemas da pessoa com LVM e a atuação varia conforme o tipo de lesão (Henriques & Fumincelli, 2017). As ações de enfermagem têm como objetivo eliminar ou diminuir o número de dejeções involuntárias, garantir um controlo de base regular (de 1 a 3 dias) num tempo e lugar planeado, evitar complicações e normalizar a consistência fecal (Hoeman, 2011). Tal como acontecia no hospital, é avaliada a necessidade de realização de treino e sempre que necessário é realizado de 2 em 2 dias e avaliadas

as perdas ou necessidade de repetição de treino, o que é importante não só para a preparação do intestino como para saber se os utentes num determinado dia podem fazer hidroginástica. Devido a muitos dos utentes irem à piscina, questionei se usavam tampão anal, ao qual referiram que não é muito eficaz pelo que não é utilizado nesta instituição.

Para a parte vesical existe um protocolo e uma classificação para saber as capacidades de cada utente e a necessidade de ensinamentos, mas é algo que é feito por todos os enfermeiros e sugerido pela parte médica. Este protocolo só é iniciado após a realização de um estudo urodinâmico, como referem Henriques e Fumincelli (2017, p.442), “é muito mais seguro o estabelecimento do programa de gestão urinário após esse estudo”. Por essa razão achei pertinente presenciar a realização deste exame para ver e compreender melhor o funcionamento e comportamento da bexiga em diferentes situações e compreender quais as intervenções como futura EEER a adotar nas diferentes ocorrências. O estudo urodinâmico avalia o comportamento e funcionamento da bexiga, nas fases de enchimento e esvaziamento, avaliar a capacidade da bexiga e a pressão ao longo da uretra sendo mais importante a avaliação dos esfíncteres.

Na análise que fiz das intervenções de enfermagem do EEER, na promoção das diferentes AVD, destaco os registos devido à falta de continuidade de cuidados e a não valorização dos mesmos. Para os registos de enfermagem usam o *SClinico*, o *Graf* e o *Sisreq*. Os registos do EEER não são discriminados tratando-se de assinar somente que foram feitos no programa *Sisreq* onde os médicos prescrevem algumas intervenções, por exemplo treino das AVD e cinesioterapia respiratória. Não usam escalas e foram questionados sobre as escalas que eram usadas pela parte médica referindo que desconheciam, sem ser a ASIA. O que faz com que o EEER não seja totalmente autónomo na sua avaliação nem que seja possível traduzir as suas intervenções em ganhos em saúde.

Faço uma análise crítica sobre o défice de conhecimentos, prática baseada na evidência, uniformização dos cuidados e tomada de decisão em enfermagem. Um dos motivos para uma tomada de decisão incorreta é a não aplicação de escalas para colher dados sobre a pessoa a ser cuidada. As escalas são um instrumento fundamental para o EEER, no sentido em que são simples, fáceis de aplicar, seguras,

medem, avaliam e identificam as necessidades de intervenção em consequência da condição de saúde da pessoa (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002; OE, 2010). Por essa razão achei pertinente a partilha de informação à equipa de EEER, do documento da Ordem dos Enfermeiros “Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação” (OE, 2016).

No âmbito da análise das intervenções elaboradas para a promoção das AVD, também tive a oportunidade de assistir a uma reunião multidisciplinar com a presença de médicos, enfermeiro especialista em reabilitação (enfermeiro coordenador), fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, professor de educação física e terapeuta ocupacional onde são discutidos semanalmente os planos de intervenção a todos os utentes e sugerido alteração do programa terapêutico, a preparação para a alta e a prescrição de produtos de apoio.

A passagem por vários serviços que compõem o Centro de Reabilitação teve por base os meus objetivos de estágio. Assim, desloquei-me ao ginásio que me possibilitou o contacto com diversos equipamentos e materiais de apoio para a promoção das AVD. Outro dos locais importantes no desenvolvimento da atividade física que pude visitar foi o departamento de desporto adaptado. Aqui as atividades dos utentes passavam todas previamente pelo alinhamento corporal e o fortalecimento muscular, desenvolvendo modalidades desportivas no âmbito do basquetebol, andebol, remo indoor, boccia, ténis, ténis de mesa e ciclismo.

Outra mais valia do Centro de Reabilitação é a existência de casas preparadas e adaptadas para os utentes portadores de deficiência, que antes eram usadas para a preparação para a alta. Atualmente, não são usadas com esse fim, porque os utentes vão a casa ao fim de semana e quando regressam trazem uma folha escrita com aquilo que correu bem e o que correu menos bem, no sentido de se tentar modificar e superar barreiras, servindo de residência a utentes externos que residem longe e que vêm fazer tratamento durante um a dois meses.

Ao abordar os EEER do serviço verifiquei que se encontram tristes e alguns desiludidos por não conseguirem exercer reabilitação devido a falta de recursos humanos.

O EEER deu-me a conhecer o diverso material existente no serviço, para a promoção das AVD e da atividade física: Almofadas de alvéolos, tábuas de transferência em madeira e PVC, luvas de condução de cadeira de rodas, superfícies de trabalho, manípulos de condução, cintos de transferência, calções de abdução, engrossadores de cabo, talas de apoio de alimentação, bolsa palmar, colar cervical, nebulizadores, espirómetro de incentivo, bastão, faixas abdominais, dispositivos para autoalgaliação (espelhos, pinças), andarilho rodado, andarilho, canadianas, bastão para apoio da deambulação e cadeira de rodas de espaldar alto, universais, ultraleves, mono comando, elétricas e para desporto. Algum deste material já conhecia, mas outro foi novo e importante adquirir este conhecimento como futura EEER, como a existência de cadeiras ultraleves, mais fáceis de serem manobradas e as mono comando para os utentes portadores de sequelas de AVC.

Para a melhoria da qualidade de vida de alguns utentes é colocado uma bomba de baclofeno no sentido de diminuir a frequência dos espasmos e melhoria do clónus. Devemos ter em conta que existem vários níveis de espasticidade, uns que interferem com a função, outros que não interferem e outros que contribuem para a função (Henriques & Fumincelli, 2017). A espasticidade pode provocar contraturas, dor, soluções de continuidade da pele, distúrbios de sono e comprometer as AVD (Hoeman, 2011). Esta bomba só tem indicação de ser colocada em utentes em que a intensidade da espasticidade, tal como a sua frequência prejudica a qualidade de vida da pessoa e a realização das suas AVD e no caso de necessitarem de altas doses de baclofeno oral (tem baixa absorção), no sentido de prevenir problemas renais e hepático. Este tratamento é importante para a enfermagem de reabilitação devido a diminuir a espasticidade do utente e este ser mais facilmente trabalho. Para prevenir a hipertonia do utente as mobilizações devem ser leves e com mobilizações passivas. Foi possível durante a minha estadia no Centro de Reabilitação assistir à manutenção deste equipamento a utentes que se encontram no domicílio.

Outro dos serviços que este Centro disponibiliza é a Reeducação Funcional Respiratória a utentes externos. Cada utente tem um plano individualizado e personalizado, elaborado e aplicado por uma EEER. Nos registos é descrito a evolução do utente, as atividades realizadas, o que promove a continuidade de cuidados. Ao longo desta secção foi possível aprofundar conhecimentos sobre os

cuidados a ter a utentes com problemas respiratórios, assim como novas técnicas a aplicar com o uso da bola de pilates.

Ao ter pedido este estágio de observação estava na expectativa de ser um estágio rico em conhecimentos sobre a pessoa com LVM na fase de sequelas, observar a importância da atividade física nestes utentes e onde o trabalho do EEER iria ser mais valorizado. Todavia constatei a pouca autonomia dos EEER, bem como a escassez dos cuidados específicos em enfermagem de reabilitação, o que fez com sentisse triste, principalmente pela falta de conhecimentos e desmotivação dos enfermeiros por exemplo em conhecer e participar na avaliação das escalas usadas pelos médicos (SCIM e ASIA) ou tentarem demonstrar a importância da enfermagem de reabilitação.

### **Referências Bibliográficas**

Henriques, F. & Fumincelli, L. (2017). A pessoa com lesão medular. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. (coords) *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.433-450). Loures: Lusodidacta.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ªed). Loures: Lusodidacta.

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## PROTOCOLOS VESICAIS

PROTOCOLO	CARACTERÍSTICAS	CLASSIFICAÇÃO SCD
<b>P0</b>	Cateterismo vesical contínuo	<b>Drenagem de urina</b>
<b>P1</b>	Cateterismo vesical por Enfermeiro, com sonda vesical em drenagem livre da 1h-7h	
<b>P2</b>	Cateterismo vesical por Enfermeiro, primeiro às 7h e último à 1h	
<b>P3</b>	Auto cateterismo vesical intermitente com sonda vesical em drenagem livre das 1h-7h	
<b>P4</b>	Auto cateterismo vesical intermitente durante as 24h	<b>Independente</b>
<b>P5</b>	Micção espontânea, com ou sem manobras, com medição de VR pós miccional com bladder scan (cateterismo intermitente se $VR \geq 100cc$ )	
<b>P6</b>	Micção espontânea, com ou sem manobras, para fralda	
<b>P7</b>	Micção espontânea, com ou sem manobras para arrastadeira ou sanita	

### **RECOMENDAÇÕES PARA OS PROTOCOLOS DE ELIMINAÇÃO VESICAL LM**

1. A pessoa que cumpre um protocolo de eliminação vesical (1 a 4) deve respeitar o protocolo de ingestão hídrica;
2. Quando o volume drenado entre a 1 e as 7 horas for adequado à capacidade vesical, determinada para cada doente por estudo urodinâmico, deixa de ter sonda vesical em drenagem livre no período noturno (P1 passa a P2 e P3 passa a P4);
3. De acordo com a ingestão hídrica e a capacidade vesical de cada doente, poderá ser aumentado o intervalo entre os cateterismos vesicais (com controlo de volume vesical por *bladder scan*);
4. Sempre que se observar um volume eliminado durante um cateterismo vesical intermitente superior à capacidade vesical do doente ou a 500cc, deve ficar aliado em drenagem livre durante 24 horas para “repouso” do detrusor.

# Escalas

## Avaliação Neurológica de acordo com a Escala American Spinal Injury Association (ASIA)

Patient Name: \_\_\_\_\_

Examiner Name: \_\_\_\_\_

Date/Time of Exam: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

### RIGHT

**MOTOR KEY MUSCLES**

Elbow flexors C5  
Wrist extensors C6  
Elbow extensors C7  
Finger flexors C8  
Finger abductors (little finger) T1

**NERVE ROOTS**

C2 C3 C4 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4-5

**KEY SENSORY POINTS**  
Light Touch (LTR) Pin Prick (PPR)

(56) (56)

### LEFT

**MOTOR KEY MUSCLES**

Elbow flexors C5  
Wrist extensors C6  
Elbow extensors C7  
Finger flexors C8  
Finger abductors (little finger) T1

**NERVE ROOTS**

C2 C3 C4 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 L1 L2 L3 L4 L5 S1 S2 S3 S4-5

**KEY SENSORY POINTS**  
Light Touch (LTL) Pin Prick (PPL)

(56) (56)

**SCORING ON REVERSE SIDE**

0 = total paralysis  
1 = palpable or visible contraction  
2 = active movement, gravity eliminated  
3 = active movement, against some resistance  
4 = active movement, against full resistance  
5 = normal (normal for painless)  
NT = not testable

**SCORING ON REVERSE SIDE**

0 = absent  
1 = altered  
2 = normal  
NT = not testable

**COMMENTS (Nerve Root, Muscle? Reason for NT? Pain?):**

**MOTOR SUBSCORES**

UER + UEL = UEMS TOTAL (50)    LER + LEL = LEMS TOTAL (50)

MAX (25)    MAX (25)

**RIGHT TOTALS (MAXIMUM)** (50)    **LEFT TOTALS (MAXIMUM)** (50)

**SENSORY SUBSCORES**

LTR + LTL = LSTOTAL (56)    PPR + PPL = PPTOTAL (112)

MAX (56)    MAX (56)

**NEUROLOGICAL LEVELS**

1. SENSORY LEVEL (S)    2. MOTOR LEVEL (M)

R    L    R    L

S    M    S    M

Step 1-5 for classification as on reverse

**3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI)**

**4. COMPLETE OR INCOMPLETE?**  
Incomplete = Any sensory or motor function in S4-5

**5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)**

Zone of Partial Preservation (ZPP)    Most caudal level with any innervation

**(VAC) Voluntary anal contraction (Yes/No)**

Yes  No  (DAP) Deep anal pressure (Yes/No)

REVISION 02/13

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association.

# MIF – Medida de Independência Funcional

## MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL MIF

<b>NIVEIS</b>	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	<b>SEM AJUDA</b>		
	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 ≥ 0%)	<b>AJUDA</b>		
<b>DATA</b>				
	<b>AUTO - CUIDADOS</b>	<b>ADMIS.</b>	<b>ALTA</b>	<b>ACOMP.</b>
	A. Alimentação	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	B. Higiene Pessoal	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	C. Banho (Lavar Corpo)	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	D. Vestir metade superior	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	E. Vestir metade inferior	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	F. Utilização da sanita	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<b>CONTROLO DOS ESFINCTERES</b>			
	G. Bexiga	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	H. Intestino	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<b>MOBILIDADE</b>			
	Transferências:			
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	J. Sanita	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	K. Banheira, Duche	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<b>LOCOMOÇÃO</b>			
	L. Marcha, Cadeira de Rodas	 M C _ _ _ _	 M C _ _ _ _	 M C _ _ _ _
	M. Escadas	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<b>COMUNICAÇÃO</b>			
	N. Compreensão	 a v v n _ _ _ _	 a v v n _ _ _ _	 a v v n _ _ _ _
	O. Expressão	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>			
	P. Interação social	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	Q. Resolução dos problemas	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	R. Memória	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<b>TOTAL</b>	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
<b>NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1</b>				

## FAC - Categorias Funcionais de Marcha

n\_FAC

### Categorias Ambulatoriais Funcionais

<b>Classe funcional</b>	<b>Descrição</b>	<b>Internamento</b>	<b>Follow-up</b>	<b>Alta</b>
<b>Classe 0</b> Não funcional / impossível	O paciente não consegue andar, ou precisa de ajuda de mais do que uma pessoa.			
<b>Classe 1</b> Dependente – nível 1	O paciente precisa de ajuda permanente de uma pessoa.			
<b>Classe 2</b> Dependente – nível 2	O paciente precisa de ajuda intermitente de uma pessoa.			
<b>Classe 3</b> Dependente – supervisão	O paciente precisa de apoio verbal sem contacto físico			
<b>Classe 4</b> Independente – superfície plana	O paciente anda sozinho numa superfície plana, mas o uso das escadas (subir e descer) é impossível.			
<b>Classe 5</b>	O paciente anda sozinho numa superfície plana. O uso das escadas é possível com ajuda de uma terceira pessoa (contacto físico ou simples supervisão).			
<b>Classe 6</b>	O paciente anda sozinho numa superfície plana. O uso das escadas é possível com recurso ao corrimão ou apoio lateral, mas sem assistência ou supervisão de uma terceira pessoa.			
<b>Classe 7</b>	O paciente anda sozinho numa superfície plana. O uso das escadas é possível sozinho, mas anormalmente: o doente demora mais tempo que o normal, ou ultrapassa os degraus em sequência anormal, mas sem recurso ao corrimão ou apoio lateral e sem assistência nem supervisão.			
<b>Classe 8</b> Independente	O paciente anda sozinho numa superfície plana e utiliza as escadas de maneira normal sem recorrer ao corrimão nem apoio lateral, com ultrapassagem dos degraus em sequência normal.			

# SCIM III – Medida de Independência na Lesão Medular

## Medida de Independência na Lesão Medular (versão III)

### SCIM III – Versão Portuguesa +

(Versão Original – Amiram Catz)

Maria João Andrade\*, Pedro Silva\*\* e Jorge Laíns\*\*

Serviço \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome examinador \_\_\_\_\_

A pontuação de cada função é colocada no quadro adjacente, por baixo da data

Vinheta do docente

## Medida de Independência na Lesão Medular - SCIM III

### Auto-cuidados

1. **Alimentação** (cortar, abrir e esvaziar recipientes, levar comida à boca, segurar uma chávena com líquido) □□□□□
    0. Necessita de alimentação parentérica, gastrostomia, ou ajuda total na alimentação oral
    1. Necessita de ajuda parcial para comer e/ou beber, ou para usar ajudas técnicas / produtos de apoio
    2. Alimenta-se de forma independente; necessita de ajudas técnicas / produtos de apoio ou ajuda só para cortar os alimentos e/ou verter líquidos e/ou abrir recipientes
    3. Come e bebe de forma independente, não necessita de auxílio nem de ajudas técnicas / produtos de apoio
  2. **Banho** (ensaboar, lavar, secar o corpo e a cabeça, manipular as torneiras) □□□□□
    - A. Parte superior do corpo**
      0. Necessita de ajuda total
      1. Necessita de ajuda parcial
      2. Lava-se de forma independente com ajudas técnicas / produtos de apoio ou em local adaptado (ex. barras, cadeira)
      3. Lava-se de forma independente, não necessita de ajudas técnicas / produtos de apoio ou local adaptado (não o habitual para pessoas saudáveis) (ATAD)
    - B. Parte inferior do corpo** □□□□□
      0. Necessita de ajuda total
      1. Necessita de ajuda parcial
      2. Lava-se de forma independente com ATAD
      3. Lava-se de forma independente, não requer ATAD
  3. **Vestir** (vestir, usar e despir: roupa, calçado, ortóteses permanentes) □□□□□
    - A. Parte superior do corpo** □□□□□
      0. Necessita de ajuda total
      1. Necessita de ajuda parcial nas roupas sem botões, fechos ou laços / cordões (RSBFL)
      2. Independente com RSBFL; necessita de ajudas técnicas e/ou local adaptado
      3. Independente com RSBFL; necessita de assistência ou ajudas técnicas / produtos de apoio ou local adaptado apenas para os botões, fechos ou laços / cordões
      4. Veste-se (qualquer tipo de roupa) de forma independente; não requer ajudas técnicas / produtos de apoio ou local adaptado
    - B. Parte superior do corpo** □□□□□
      0. Necessita de ajuda total
      1. Necessita de ajuda parcial com roupa sem botões, fechos nem laços / cordões
      2. Independente com roupas sem botões, fechos nem laços / cordões; necessita de ajudas técnicas / produtos de apoio e/ou local adaptado
      3. Independente com roupas sem botões, fechos ou laços / cordões; necessita de assistência ou ajudas técnicas / produtos de apoio ou local adaptado apenas para os botões, fechos ou laços / cordões
      4. Veste-se (qualquer roupa) independentemente; não requer ajudas técnicas / produtos de apoio ou local adaptado
  4. **Arranjar-se** (lavar as mãos e a face, lavar os dentes, pentear o cabelo, barbear-se, maquiar-se) □□□□□
    0. Necessita de ajuda total
    1. Necessita de ajuda parcial
    2. Independente com ajudas técnicas / produtos de apoio
    3. Independente sem ajudas técnicas / produtos de apoio
- Sub-total (0 – 20)** □□□□□

### Controlo da Respiração e dos Esfínteres

5. **Respiração** □□□□□
  0. Necessita de câmbula endotraqueal (CE) e ventilação assistida permanente ou intermitente
  2. Respira de forma independente com CE; necessita de oxigénio e muita ajuda para tossir ou cuidar da CE
  4. Respira de forma independente com CE; necessita de pouca ajuda para tossir ou cuidar da CE
  6. Respira de forma independente sem CE; necessita de oxigénio, muita ajuda para tossir, uma máscara (ex. peep) ou ventilação assistida intermitente (bipap)
  8. Respira de forma independente sem CE; requer pouca ajuda ou estimulação para tossir.
  10. Respira de forma independente sem nenhuma assistência ou produto de apoio / ajuda técnica
6. **Controlo de Esfínteres – Bexiga** □□□□□
  0. Algaliação contínua
  3. Volume residual de urina (VRU) > 100cc; algaliação não regular ou algaliação intermitente com ajuda
  6. VRU < 100cc ou auto-algaliação intermitente; necessita de ajuda para aplicar o instrumento de drenagem
  9. Auto-algaliação intermitente; usa instrumento de drenagem externa; não necessita de ajuda para o seu uso
  11. Auto-algaliação intermitente; continente entre as algaliações; não usa instrumento de drenagem externa
  13. VRU < 100cc; só necessita de instrumento de drenagem externa da urina; não necessita de ajuda para a drenagem
  15. VRU < 100cc; continente; não usa instrumento de drenagem externa
7. **Controlo de Esfínteres – Intestino** □□□□□
  0. Trânsito intestinal com intervalos irregulares ou frequência muito baixa (menos de 1 vez em 3 dias)
  5. Trânsito intestinal regular (TIR) mas necessita de ajuda (ex. aplicar supositório); perdas raras (menos de duas vezes por mês)
  7. TIR, sem ajuda; perdas raras (menos de duas vezes por mês)
  10. TIR, sem ajuda; sem perdas

**8. Uso da Sanita** (higiene perineal, ajuste da roupa antes/depois, uso de papel higiénico e /ou fralda)

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita de ajuda parcial; não se limpa
- 2. Necessita de ajuda parcial; limpa-se de forma independente
- 4. Usa a sanita de forma independente em todas as tarefas mas necessita de ajudas técnicas / produtos de apoio ou local adaptado (ex. barras)
- 5. Usa a sanita de forma independente; não necessita de ajudas técnicas / produtos de apoio nem de local adaptado

Sub-total (0 – 40)

**Mobilidade (quarto e casa de banho)**

**9. Mobilidade no leito e acções para prevenção de úlceras de pressão**

- 0. Necessita de ajuda em todas as actividades; virar a parte superior do corpo no leito, virar a parte inferior do corpo no leito, sentar-se na cama, fazer "push-ups" na cadeira de rodas, com ou sem ajudas técnicas / dispositivos de apoio, mas sem ajudas eléctricas
- 2. Realiza uma das actividades sem ajuda
- 4. Realiza duas ou três das actividades sem ajuda
- 6. Executa todas as actividades de mobilidade na cama e actividades de alívio da pressão de forma independente

**10. Transferências: cama – cadeira de rodas** (travar a cadeira de rodas, levantar os pedais, remover e ajustar os apoios de braços, transferir-se, levantar os pés)

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita de ajuda parcial e /ou supervisão e/ou ajudas técnicas / produtos de apoio (ex: tábua de transferências)
- 2. Independente (ou não necessita de cadeira de rodas)

**11. Transferências: cadeira de rodas – banheira-chuveiro** (se usa cadeira de banho: transfere-se de e para; se usa cadeira de rodas regularmente: travar a cadeira de rodas, levantar os pedais, remover e ajustar os apoios de braços, transferir-se, levantar os pés)

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita de ajuda parcial e /ou supervisão e/ou ajudas técnicas / produtos de apoio (ex: barras)
- 2. Independente (ou não necessita de cadeira de rodas)

**Mobilidade (dentro e fora de casa, em superfícies planas)**

**12. Mobilidade dentro de casa**

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita cadeira de rodas eléctrica ou de ajuda parcial para conduzir uma cadeira de rodas manual
- 2. Deambula de forma independente em cadeira de rodas manual
- 3. Necessita de supervisão para a marcha (com ou sem ajudas técnicas / produtos de apoio)
- 4. Faz marcha com andariço ou canadianas (pendular)
- 5. Faz marcha com canadianas ou com duas bengalas (marcha com alternância)
- 6. Faz marcha com uma bengala
- 7. Só necessita de ortótese para o membro inferior
- 8. Faz marcha sem ajudas técnicas / produtos de apoio

**13. Mobilidade para Distâncias Moderadas (10 – 100 metros)**

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita cadeira de rodas eléctrica ou de ajuda parcial para conduzir uma cadeira de rodas manual
- 2. Deambula de forma independente em cadeira de rodas manual
- 3. Necessita de supervisão para a marcha (com ou sem ajudas técnicas / produtos de apoio)
- 4. Faz marcha com andariço ou canadianas (pendular)
- 5. Faz marcha com canadianas ou com duas bengalas (marcha com alternância)
- 6. Faz marcha com uma bengala
- 7. Só necessita de ortótese para o membro inferior
- 8. Faz marcha sem ajudas técnicas / produtos de apoio

**14. Mobilidade fora de casa (mais de 100 metros)**

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita cadeira de rodas eléctrica ou de ajuda parcial para conduzir uma cadeira de rodas manual
- 2. Deambula de forma independente em cadeira de rodas manual
- 3. Necessita de supervisão para a marcha (com ou sem ajudas técnicas / produtos de apoio)
- 4. Faz marcha com andariço ou canadianas (pendular)
- 5. Faz marcha com canadianas ou com duas bengalas (marcha com alternância)
- 6. Faz marcha com uma bengala
- 7. Só necessita de ortótese para o membro inferior
- 8. Faz marcha sem ajudas técnicas / produtos de apoio

**15. Escadas**

- 0. Incapaz de subir ou descer escadas
- 1. Sobe e desce pelo menos 3 degraus com ajuda ou supervisão de 3ª pessoa
- 2. Sobe e desce pelo menos 3 degraus com apoio de um corrimão e/ou canadiana ou bengala
- 3. Sobe e desce pelo menos 3 degraus sem ajuda nem supervisão

**16. Transferências: cadeira de rodas – automóvel** (aproximação ao automóvel, travar a cadeira de rodas, retirar braços e pedais, transferência de e para o automóvel, colocar a cadeira dentro e fora do automóvel)

- 0. Necessita de ajuda total
- 1. Necessita de ajuda parcial e/ou supervisão e/ou ajudas técnicas / produtos de apoio
- 2. Transfere-se de forma independente; não necessita de ajudas técnicas / produtos de apoio (ou não necessita de cadeira de rodas)

**17. Transferências: chão – cadeira de rodas**

- 0. Necessita de ajuda
- 1. Transfere-se de forma independente com ou sem ajudas técnicas / produtos de apoio (ou não necessita de cadeira de rodas)

Sub-total (0 – 40)

SCIM total (0 – 100)

\* Fisiatra; Profª Associada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Serviço de Fisioterapia, Hospital Sª Antónia, Porto

\*\* Fisiatra; Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Hospital Rovisco Pais



**ANEXOS**



**Anexo I**

Certificado de Presença no 6º Simpósio de Enfermagem em Neurologia





## **CERTIFICADO DE PRESENÇA**

Certifica-se que

participou no **6º Simpósio de Enfermagem**, que decorreu no dia 15 de novembro de 2017, no Sana Lisboa Hotel, com a duração de 6,5 horas.

Lisboa, 15 de novembro de 2017

Célia Rato  
Comissão Organizadora

Adelaide Sousa  
Comissão Organizadora

Delfim Oliveira  
Comissão Organizadora



## **Anexo II**

Avaliação das Enfermeiras Orientadores



## Avaliação da Enfermeira Orientadora da UCC

A aluna Inês Pauleta, foi sempre pontual e assídua. Ao longo do estágio manifestou curiosidade e muita vontade de aprender. Trata-se de uma pessoa muito dinâmica, muito atenta e muito prestável.

Integrou-se facilmente na equipa multiprofissional e apreendeu rapidamente a sua filosofia e metodologia de trabalho. Adquiriu conhecimentos sobre a RNCCI e o seu modelo organizacional, assim como, sobre os registos de enfermagem nas duas plataformas informáticas.

Atualmente realiza os registos sem dificuldade.

Salienta-se que o programa Sclinic, se encontra em reformulação o que dificulta as avaliações dos utentes e a obtenção dos ganhos em saúde.

Teve oportunidade de participar nas reuniões de ECCI com a equipa multidisciplinar, sempre muito atenta às diversas situações, tendo feito algumas propostas muito pertinentes junto da enfermeira orientadora.

Trata-se de uma pessoa cordial, que respeita o espaço do outro, o que favoreceu o estabelecimento de uma relação empática com todos os utentes e famílias, a quem prestou cuidados.

Esta situação pode ser confirmada pelo testemunho de uma utente que referiu que as suas melhorias em termos de mobilidade se deviam à própria pelo seu empenho no processo de reabilitação e à intervenção das duas enfermeiras.

Apresenta um nível elevado de conhecimentos de enfermagem de reabilitação, identifica sem dificuldade os problemas da pessoa e concebe um plano de intervenção individual, implementando-o e avaliando-o.

Demonstra capacidade para reestruturar e adaptar o programa de reabilitação de acordo com a situação clínica do utente.

Apresenta ter capacidade de análise e reflexão na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e ser detentora de conhecimentos que lhe permitem transmitir informação de forma clara e estruturada, através dos registos de enfermagem.

Ao longo deste estágio desenvolveu competências científicas, técnicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Lisboa, 14 de novembro de 2017

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

# Avaliação da Enfermeira Orientadora do Hospitalar



## ANEXO II

### 8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

#### APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: \_\_\_\_\_

Local de Estágio: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

A aluna no decorrer do estágio teve uma excelente aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito com lesão ventral Metular. Com excelente capacidade de integração na equipe multidisciplinar, na abordagem ao doente quer a nível ético, como a nível de conhecimentos técnicos como práticos.

Termina o estágio de forma excelente e com ótima visão do que é ser Enfermeira de Reabilitação.

DATA:

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE