



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Afasia após Acidente Vascular Cerebral

Interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the Person with
Aphasia after Stroke

Cátia Sofia Azevedo dos Santos

Almada

2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Relatório de Estágio

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Afasia após Acidente Vascular Cerebral

Interventions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in
the Person with Aphasia after Stroke

Cátia Sofia Azevedo dos Santos

Professora Noélia Ferreira

Almada
2024

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

“All Nurses can save Lives, Rehab Nurses save Quality of Life.”

Laura Solkowitz, citada por Pais (2023, p.4)

AGRADECIMENTOS

À Egas Moniz School of Health and Science pela excelência de ensino.

À professora Noélia Ferreira pelo apoio no decorrer dos estágios, e pela singular ajuda na concretização pessoal e profissional.

A todos os professores do mestrado em associação, pela transmissão de saberes.

Aos meus colegas de curso, especialmente à Inês e ao Francisco, os meus companheiros de trabalhos de grupo.

A todos os serviços que me acolheram, e que contribuíram para a aquisição de competências. Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação Andreia, Isabel, Teresa e José pela transmissão de conhecimentos, pela partilha e motivação no decurso dos estágios, que tornaram este processo enriquecedor e favoreceram o meu crescimento profissional.

Aos meus colegas de serviço que facilitavam as trocas dos turnos para eu conseguir concretizar e cumprir as horas de estágio, principalmente ao Xavier e Cláudia Cartaxo pelos desabafos e ajuda sem fim.

À minha mãe, a minha maior fonte de inspiração e motivação.

À minha família, peço a eterna desculpa por ter sido colocada um pouco para trás devido ao cansaço e stress acumulados.

Aos meus verdadeiros amigos, que se mantiveram cá e que tiveram toda a paciência em me ouvir vezes sem conta.

A todos vós, o meu maior AGRADECIMENTO!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter agido com integridade na composição do presente trabalho, e certifico não ter recorrido à prática de plágio, nem a qualquer forma de utilização imprópria de informações.

Mais afirmo que respeitei o Código de Conduta Ética, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

UC – Unidade Curricular

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este relatório foi executado em contexto do Estágio Final, do segundo ano do I curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Egas Moniz School of Health and Science.

O principal objetivo na realização dos estágios e relatório, integra a obtenção de competências de mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Nesta aprendizagem do domínio profissional foi sentida a necessidade de explorar conhecimentos na área das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com afasia, pelo fato de existirem poucos estudos nesta área, e aliando também o gosto pessoal pela temática, desde muito jovem.

No campo de ação profissional, a universalidade desta temática engloba variadas idades e contextos de trabalho, nomeadamente a pessoas afetadas por doença cérebro vascular adquirida. O AVC é um dos diagnósticos mais identificados na população internada e acompanhada na rede de cuidados continuados e domicílio.

Com o intuito de explorarmos a literatura, foi realizada uma revisão Scoping, como metodologia de investigação utilizada para a elaboração do projeto, descrita em apêndice.

A teoria de cuidados que serviu de suporte para os estágios, bem como, para a elaboração do relatório é a Teoria das Transições de Afaf Meleis, explorada ao longo deste trabalho.

Neste relatório de estágio, é realizada uma descrição e análise das intervenções corporizadas durante o estágio, que permitiram desenvolver as competências indicadas nos descritores de 2º ciclo de Dublin, em articulação com as competências comuns do enfermeiro especialista, e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: AVC; Afasia; Reabilitação

ABSTRACT

This report was carried out in the context of the Final Stage, of the second year of the I Master's course in Rehabilitation Nursing, at the Egas Moniz School of Health and Science.

The main objective in carrying out the internships and report includes obtaining master's and Specialist Nurse skills in Rehabilitation Nursing.

In this learning of the professional domain, the need to explore knowledge in specialist nurse interventions in rehabilitation nursing for people with aphasia was felt, because there are few studies in this area, and combining a personal taste for the subject from an early age.

In the professional field, the universality of this theme encompasses different ages and work contexts, particularly people affected by acquired cerebrovascular disease. Stroke is one of the most identified diagnoses in the hospitalized population and is monitored in the long-term care network and at home.

To explore the literature, a Scoping review was conducted, as the research methodology used to prepare the project, is described in the appendix.

The care theory that served as support for the internships, as well as for the preparation of the report, is Afaf Meleis' Theory of Transitions, explored throughout this work.

In this internship report, a description and analysis of the interventions embodied during the internship is carried out, which allowed the development of the skills indicated in the Dublin 2nd cycle descriptors, in conjunction with the common skills of the specialist nurse, and the specific skills of the specialist nurse in rehabilitation nursing.

Keywords: Stroke; Aphasia; Rehabilitation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	- 11 -
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	- 14 -
1.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis	- 14 -
1.2 Acidente Vascular Cerebral	- 15 -
1.3 Afasia	- 18 -
1.4 Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com Afasia após AVC	- 19 -
2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	- 23 -
2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	- 23 -
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	- 23 -
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	- 26 -
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados	- 29 -
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	- 31 -
2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ...	- 32 -
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	- 33 -
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	- 39 -
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	- 41 -
3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	- 45 -
4. AVALIAÇÃO	- 46 -
<i>Strengths</i>	- 46 -
<i>Weaknesses</i>	- 47 -
<i>Opportunities</i>	- 48 -
<i>Threats</i>	- 48 -
CONCLUSÃO	- 49 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 52 -
 APÊNDICE I– Plano de Atividades	61
APÊNDICE II– Estudo de Caso.....	79
APÊNDICE III – Projeto de estágio	124
APÊNDICE IV – Protocolo Revisão Scoping.....	151
APÊNDICE V - Sessão de Formação “Ergonomia e Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho(LMERT)”	153

APÊNDICE VI – Sessão de Formação” Levante e Transferências”	169
APÊNDICE VII – Exercícios de Estimulação para a afasia.....	176
APÊNDICE VIII – Poster “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente com afasia após AVC”	178
APÊNDICE IX– Poster “Conhecer a Demência”	180
APÊNDICE X – Flyer “Conhecer a Demência”	182
APÊNDICE XI – Poster “Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas”	186
APÊNDICE XII – Norma de Procedimento “Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia.....	188
APÊNDICE XIII – “Roda das emoções”	195
APÊNDICE XIX – Plano de ação de sessão “Estimulação Cognitiva”	197
ANEXO 1 – Certificado prémio de Poster.....	200
ANEXO 2 - Certificado de Formação “Ergonomia e Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)”	201
ANEXO 3 – Certificado de participação nas jornadas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz	202
ANEXO 4 – Escala de Borg.....	203
ANEXO 5 – Grelha Classificação afasias.....	204

INTRODUÇÃO

Este relatório intitulado *“Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Afasia após Acidente Vascular Cerebral”*, foi desenvolvido no decorrer da unidade curricular (UC) denominada Estágio Final, do 2º ano do I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Egas Moniz School of Health and Science, no ano letivo 2023/2024.

A execução deste relatório tem como finalidade avaliar as competências adquiridas durante os estágios, relacionando-as com os requisitos do mestrado definidos nos descritores de Dublin e com as competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para obter o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A afasia é um tipo de alteração cognitiva que afeta aproximadamente um terço das vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) (WHO, 2016). A afasia define-se como uma perturbação da linguagem.

A pessoa apresenta dificuldades comunicativas, dificuldades de integração social e diminuição da participação no programa de reabilitação quando não consegue falar, compreender mensagens ou ambos (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

A comunicação é necessária nas relações interpessoais, pelo que, a pessoa com afasia se vê privada de desempenhar os seus papéis, e sofre modificações no seio familiar, social e profissional (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

Assim, o EEER deve maximizar as competências, que permitem que as pessoas se identifiquem com as condições de transição, quer sejam condições facilitadoras ou inibidoras para adequar os planos de cuidados. A avaliação do potencial cognitivo da pessoa deve fazer parte do programa de reabilitação (Santos, 2017).

A reabilitação é um processo que requer a colaboração de uma equipa multidisciplinar: profissionais de saúde, pessoas doentes, famílias e cuidadores que permitem que as pessoas aprendam habilidades, como o autocuidado para melhorar a sua qualidade de vida e se sentirem mais felizes e independentes, aumentando a satisfação pessoal (Santos, 2017).

O estudante de enfermagem de reabilitação deve adquirir habilidades que lhe permitam planificar cuidados de enfermagem de reabilitação em diferentes situações, respeitar a pessoa e a família, implementar e realizar intervenções em diferentes condições de saúde e doença, adaptar-se às limitações da mobilidade e maximizar a autonomia da população que cuida. Deve organizar, implementar e utilizar programas de treino de Atividades de Vida Diária (AVD's) (Mártires et al., 2019).

O profissional deve desenvolver habilidades de gestão de cuidados e implementação de projetos.

Também é necessário realizar a avaliação dessas intervenções, comprovando, por meio dos

dados alcançados, os resultados dos cuidados de enfermagem em reabilitação (Ferreira et al., 2021).

A escolha da temática partiu da necessidade de adquirir conhecimentos sobre estratégias comunicativas perante a pessoa com afasia. Para além, de a comunicação, ser uma área que suscita muito interesse, e ter tido experiências pessoais que marcaram, a necessidade profissional também se destacou, pois numa unidade de cuidados continuados, o diagnóstico de AVC prevalece, como também, as alterações a nível da comunicação.

Os objetivos que definimos para todos os estágios foram os seguintes: desenvolver habilidades específicas para a intervenção da EEER em aspetos motores, sensoriais, cognitivos, cardíacos, alimentares, eliminatórios e sexuais e desenvolver capacidades para a intervenção do EEER em indivíduos com afasia após AVC.

O primeiro passo para uma intervenção eficaz é avaliar a pessoa com afasia. O objetivo da intervenção é capacitar para adquirir a máxima funcionalidade, definindo estratégias individualizadas junto com a pessoa, família e outros profissionais de saúde.

O EEER deve realizar uma avaliação abrangente e implementar medidas que maximizem o potencial funcional, promovendo o bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Miller, 2012).

Segundo Spínola e Amendoeira (2014), os vários cenários da prática profissional são essências para o desenvolvimento de competências técnicas e aquisição de conhecimentos para a nossa formação.

Durante os estágios, as competências desenvolvidas abrangem os domínios científico, técnico, humanístico, interpessoal e comunicativo, sendo fundamental contextualizar a forma como essas competências são adquiridas.

Para fundamentar a nossa intervenção, recorreremos à Teoria da Transição de Afaf *Meleis*.

Os estágios foram realizados em duas fases: a primeira fase decorreu de maio a julho, numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração, e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e a segunda fase decorreu de setembro a dezembro numa Unidade de Saúde Local, Serviço de Ortopedia e Serviço de Especialidades Médicas.

A nível de ordenação deste relatório, após a introdução, apresentamos o enquadramento concetual do tema, no qual demonstramos os resultados da revisão da literatura realizada, a fim de contextualizar e fundamentar a problemática, que envolve a intervenção do EEER e o modelo teórico que a sustenta.

Futuramente, a partir dos objetivos definidos, descreveremos, analisaremos e refletiremos sobre como as atividades realizadas durante o estágio possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

O EEER deve desenvolver competências que lhe permita habilitar a pessoa, para a sua reinserção na comunidade.

A enfermagem de reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que abrange um conjunto específico de conhecimentos e procedimentos para ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas, com sequelas presentes a otimizar seu potencial funcional e independência.

Os objetivos gerais são aprimorar a função, aumentar a independência e proporcionar a máxima satisfação do indivíduo, mantendo assim a confiança (Regulamento n.º 392/2019).

Continuamente realizamos uma avaliação abrangente do percurso percorrido, destacando as principais contribuições obtidas com a implementação do projeto de estágio.

Por fim, apresentamos as considerações finais e a importância das competências alcançadas, seguidas das referências bibliográficas que seguem as Normas da *American Psychological Association*.

Em apêndice dispomos os trabalhos que efetuamos ao longo do ciclo de estudos, e em anexo os certificados de participação nas jornadas, tal como os certificados de prémio de poster e da formação que realizamos em Ortopedia.

Este relatório foi elaborado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019).

Foi formatado segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Enfermagem centra-se no cuidado ao ser humano que, diariamente lida com transições. Esta profissão ajuda na melhoria da saúde e bem-estar da pessoa. Os processos patológicos, primeiramente, não consciencializam a pessoa relativamente às mudanças, que ocorrem nas suas vidas, nem despoletam o início da reconstrução da sua autonomia (Brito, 2012).

Segundo Meleis (2010), as transições são passagens, de um estado de saúde, ou fase de vida para outro. É uma ideia que tem várias facetas e inclui necessidades, intervalos de tempo e percepções pessoais.

Como a mudança é considerada um processo dinâmico e mutável, e é caracterizada pelos resultados das modificações, a afasia torna-se um processo de transição para a pessoa resultante de alterações decorrentes do AVC (Sousa, Martins & Novo, 2020).

O processo de transição rege-se por fases, sendo o intervalo de tempo limitado. A percepção sobre a transição, significa para a pessoa que a experimenta, uma grande mudança de vida. O mundo externo ao indivíduo e a perspetiva sobre ele mudam durante a transição, muitas vezes, causando perda de uma coisa que é familiar e importante.

Novas competências, novos relacionamentos e novas estratégias de resolução de problemas devem ser adquiridas (Brito, 2012).

Com a aplicação da teoria das transições, ao longo dos tempos, quatro tipos de mudanças foram identificadas. Modificações no desenvolvimento ocorrem ao longo da vida, como o nascimento, a adolescência e a velhice.

O segundo tipo de transição retrata uma alteração de função, seja a nível académico, ou profissional, e é chamada de alteração de estatuto. Isso acontece quando os profissionais se tornam especialistas, ou avançam nas carreiras (Meleis, 2010).

Finalmente as mudanças na organização representam alterações de contexto ambiental, e são inspiradas por modificações que ocorrem a nível social, político e económico (Meleis, 2010).

Para realizar um processo de transição saudável, o enfermeiro deve compreender o crescimento e o desenvolvimento das pessoas, e das suas famílias ao longo do ciclo vital.

Os profissionais também devem ser capazes de lidar com as dificuldades, e se adaptarem aos momentos cruciais, que podem causar insegurança e mudanças (Guimarães, Silva, 2016).

Conforme refere Guimarães, Silva (2016), as transições são as consequências das transformações na vida, saúde e relações.

O mesmo autor refere que, *“Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta*

do indivíduo ao processo de transição, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, encontra-se na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos” (p.3-4).

Para auxiliar a pessoa, a realizar uma transição benigna a enfermagem deve ser capaz de compreender a evolução do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, estando consciente das dificuldades e de como se adaptar, às novas situações (Guimarães, Silva, 2016).

O Autocuidado é uma conceção fundamental, e é “... *identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença*” (Petronilho, 2012, p.12).

Quando o autocuidado se encontra comprometido, o enfermeiro possui a capacidade de desenvolver “... *programas de intervenção adequados e úteis na abordagem nas prioridades percebidas pelos próprios doentes e, portanto, maior probabilidade de influenciar a prática clínica de enfermagem.*” (Petronilho, 2012, p.33).

Com base nas competências específicas do EEER, que foram definidas pela ordem dos enfermeiros, o mesmo promove o autocuidado e a continuidade de cuidados em diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade), por meio do ensino, demonstração e ensaio de técnicas dentro dos programas definidos, complementando o que foi mencionado anteriormente (OE, Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019).

Interligando todos estes conceitos, cuidar da pessoa durante as transições, a que está sujeita, devido à doença, requer competências acrescidas, e habilidades únicas.

A pessoa deve ser autoconsciente e possuir as ferramentas possíveis para incorporar conhecimentos, alterar o seu comportamento e mudar a definição de si mesma (Guimarães, Silva, 2016).

1.2 Acidente Vascular Cerebral

Atualmente, e cada vez com maior notoriedade, o envelhecimento populacional é uma das mudanças sociais mais significativas do século XXI, sendo também uma característica do ciclo de vida humano (WHO, 2018).

O aumento da esperança de vida e as questões relacionadas com o envelhecimento da população estão a tornar-se um desafio para os sistemas nacionais de saúde. Estima-se que o número de pessoas, com mais de 60 anos, duplique até 2050 e triplique até 2100 (ONU, 2019).

Em Portugal, nas últimas décadas registaram-se grandes alterações demográficas marcadas por um aumento da esperança de vida, em contraste, com uma diminuição das taxas de natalidade e de juvenilidade, manifestadas em taxas de envelhecimento de 165,1%, ou seja, por cada 100 jovens, há 165,1 idosos (Pordata, 2021).

À medida que a população envelhece, o número de doenças cardiovasculares aumenta, e em relação ao AVC, somos constantemente “avisados” pelos média e, até mesmo, deparamo-nos com vários exemplos, no nosso local de trabalho, no caso da nossa atividade profissional.

Embora se confirme, uma descida de casos, nas décadas mais recentes, as doenças cardiovasculares permanecem como a primeira causa de morte no mundo (Reis et.al, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define AVC como um distúrbio neurológico que ocorre, repentinamente com sintomas, dura mais de 24 horas ou resulta em morte por possíveis causas vasculares (WHO, 2018). Muitos sobreviventes de AVC apresentam sequelas físicas, sensitivas e cognitivas.

O AVC é a principal causa de incapacidade física no adulto, no mundo, e leva à aplicação de reformas precoces, e a graves repercussões económicas e sociais (Min, 2010).

A WHO identifica três tipos de AVC: o isquémico, a hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóide.

O AVC isquémico é causado pelo bloqueio de uma artéria que fornece sangue ao cérebro, seja por um coágulo sanguíneo formado diretamente no local do bloqueio, ou por um coágulo sanguíneo parcialmente formado no sistema circulatório, até que o coágulo obstrui a artéria (embolia) (WHO, 2018).

A doença é mais comum em países em desenvolvimento e pode ser causada por dieta, atividade física, tratamento inadequado da hipertensão e predisposição genética.

Quando existe uma hemorragia cerebral ou acidente vascular cerebral hemorrágico, significa que ocorreu a rutura de um vaso sanguíneo a nível cerebral.

A hemorragia subaracnoídea é caracterizada por sangramento arterial, que ocorre no espaço entre as meninges, a pia mater e a membrana aracnóide. Os sintomas típicos incluem início súbito de dor de cabeça intensa e, muitas vezes, comprometimento da consciência (WHO, 2018).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021), é importante o reconhecimento precoce dos sinais de alarme e o rápido contacto com a ajuda diferenciada.

As consequências do AVC podem ser diversas, como plégia e parésia, alteração na articulação da linguagem (disartria), com obstáculos na expressão ou na compreensão (afasia), deterioração da visão, disfagia, alteração do equilíbrio, marcha e postura, e incontinência de esfíncteres. Cerca de um terço das vítimas de AVC podem ficar com défices cognitivos, e alguns com dor crónica, como o chamado ombro doloroso (SPMI, 2017).

Para melhorar a função e reduzir os efeitos dos défices existentes, é essencial determinar um plano de reabilitação adaptado às necessidades de cada indivíduo, após as lesões existentes (SPMI, 2017).

A recuperação de indivíduos que sofreram um AVC deve começar o mais rápido possível, idealmente dentro de 48 a 72 horas, após o diagnóstico auxiliando na melhoria das sequelas (Martins, 2006 citado por Menoita et al., 2012).

O grau de recuperação é tipicamente mais rápido nas fases iniciais, durante os primeiros seis meses, após a lesão cerebral e, em geral, diminui com o passar do tempo, tornando-se mais lento, nos dois anos seguintes (Haase, 2004).

Pessoas que sofreram AVC apresentam alterações nas funções motoras, sensoriais e cognitivas. As alterações cognitivas mais comuns associadas ao AVC da artéria cerebral média esquerda, são comprometimento de linguagem (afasia), apraxia oral e dificuldades de aprendizagem (Marques Vieira e Sousa, 2016).

Durante o internamento hospitalar, a avaliação funcional é realizada o mais rápido possível.

Ao avaliar o comprometimento e o estado funcional após o AVC, os profissionais utilizam uma das seguintes escalas padronizadas de avaliação funcional: o Índice de Barthel e a Escala de Independência Funcional (Artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio).

As alterações da linguagem resultantes de lesões cerebrovasculares obtidas necessitam de deteção precoce, para que seja possível interferir eficazmente (Poslawsky et al., 2010).

Ao longo da história da profissão de enfermagem, vários autores consideraram a comunicação como um dos pilares do cuidado humano. Comunicação não é apenas falar. Tal inclui habilidades cognitivas, habilidades linguísticas e habilidades de funcionamento executivo. A comunicação precisa e o pensamento claro requerem habilidades cognitivas.

A linguagem é composta por discurso expressivo (produção) e recetivo (compreensão) (Sequeira, 2016).

Existem muitas etapas na criação da linguagem, começando na primeira infância. Isto manifesta-se a múltiplos níveis e está intimamente relacionado com a avaliação e intervenção de enfermagem em pessoas com afasia.

A linguagem automática distingue-se como o nível básico de produção da articulação. É expressa através de respostas simples, orações e cânticos.

A imitação é um termo usado para descrever a linguagem que já foi escutada. As pessoas ouvem o que é dito, processam a mensagem, dão feedback e avaliam os detalhes da entrega.

A linguagem simbólica é expressa ao mais alto grau, através da utilização apropriada de tempos verbais, gramática e diversidade de expressões (Hoeman, 2011).

1.3 Afasia

A comunicação é uma característica natural do ser humano, que tem elevada importância para o nosso quotidiano. O ser humano utiliza a linguagem como o principal meio de comunicar, e como uma ferramenta nas relações humanas e profissionais.

A afasia é definida como a disfunção linguística revelada pela perda, ou a diminuição da compreensão e da elaboração da linguagem causada por danos cerebrais (Vilarinho, 2016).

Esta perturbação pode ocorrer com outras alterações relacionadas à comunicação, por isso pode ser difícil apurar as distinções entre elas. Um diagnóstico diferencial preciso é necessário, porque cada doença requer intervenções específicas (Lourenço e Mendes, 2008).

A rede de linguagem é complexa e distribuída por diferentes regiões do cérebro, incluindo estruturas subcorticais como os gânglios da base e o tálamo. Os avanços científicos e as pesquisas em neurologia e comunicação melhoraram a nossa compreensão acerca da forma como o cérebro funciona, bem como das áreas relacionadas à comunicação e à produção da linguagem (Hoeman, 2011).

Quando se trata de comunicação, é impossível não comunicar, pois é feita uma distinção entre comunicação verbal e não-verbal.

Assim, a complexidade da comunicação existe devido às características dos hemisférios direito e esquerdo do cérebro. O hemisfério direito é dominante na disposição dos componentes emocionais da linguagem, e dos movimentos gestuais (Hoeman, 2011).

As funções da linguagem estão associadas ao hemisfério esquerdo do cérebro, independentemente de a pessoa ser destra ou canhota.

Essa habilidade está relacionada à localização anatômica das principais estruturas envolvidas na linguagem: área de Wernicke, giro angular e área de Broca (Hoeman, 2011).

A área giro angular situa-se na junção temporo-parietal-occipital e interliga a visão de um objeto à palavra dita, transmitida pelo córtex auditivo primário e pelas áreas auditivas.

Ao visualizar um objeto, as imagens são transmitidas através do córtex visual primário e das áreas de associação visual dos lobos temporal posterior e occipital.

Após essa conexão inicial e o nome ser apreendido pela área auditiva, ele é transmitido para a área de Wernicke para identificação dos sons e das palavras. Tais ligações estimulam o giro angular, relembrando memórias visuais do objeto. É na área de Broca que todo este processo adquire a componente verbal e são desenvolvidas as palavras (Hoeman, 2011).

A afasia afeta vários componentes pessoais e relacionais da vida de uma pessoa, e vai além das alterações cognitivas causadas por danos cerebrovasculares.

Começa com uma interrupção da personalidade da pessoa, quando ela não consegue responder à simples pergunta "*Qual é o seu nome?*" (Magalhães, 2018).

Na categoria das afasias fluentes, estão presentes: a afasia de *Wernicke*, a afasia de Condução, a afasia Transcortical Sensorial, e por último, afasia Anómica (Magalhães, 2018).

A afasia de Broca, a afasia Global, a afasia Transcortical Motora e a afasia Transcortical Mista, são consideradas afasias não fluentes (Magalhães, 2018).

A pessoa perde a capacidade de comunicar verbalmente, torna-se mais frágil e vulnerável, propensa à depressão. Isto pode criar a impressão de que está em desvantagem social no desempenho do seu papel e na satisfação das suas necessidades, tal como na realização das suas AVD's, diminuindo o seu funcionamento, levando à quebra da sua autonomia e independência (Sequeira, 2016).

A avaliação da afasia inclui algumas etapas, entre elas, avaliação do tipo de linguagem, que podemos incluir a linguagem formal, informal, verbal, não-verbal, oral, corporal. É abrangida também a capacidade de compreensão da linguagem oral, capacidade de nomeação, capacidade de repetição e habilidades de escrita.

A melhor avaliação da linguagem ocorre numa situação informal, ou seja, no decorrer de uma conversa espontânea, entre o enfermeiro e a pessoa (Marques-Vieira e Sousa, 2016).

A recuperação prematura da afasia é descrita pela diminuição da anoxia, consequente da atenuação do edema cerebral e da pressão intracraniana. Recupera-se mais depressa a compreensão, do que a expressão. Verifica-se assim, que a pessoa com afasia sente vontade em comunicar, porém, sente frequentemente frustração, pela inability de produzir e interpretar um discurso de forma correta.

Tudo isso pode gerar sentimentos de rebeldia, vergonha, ansiedade e angústia (Sequeira, 2016).

1.4 Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com Afasia após AVC

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com afasia após AVC, têm como principal objetivo, a preparação da pessoa para o seu regresso a casa, pelo que, a organização de um plano de reabilitação deve ser executado, incorporando a avaliação do contexto familiar da pessoa.

Tendo em conta os estilos de vida, os modelos de comunicação, as estratégias de *coping*, os recursos socioeconómicos e a relação entre a pessoa e os diferentes familiares, que constituem o seu agregado familiar, é realizada uma apreciação dos focos de atenção de enfermagem de reabilitação (Menoita, 2012).

O Regulamento sobre padrões de qualidade, para cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, decreta que existe um número crescente de pessoas que sofrem lesões potencialmente fatais, tais como, acidentes rodoviários e acidentes de trabalho.

É descrito também que, pessoas com doenças crónicas vivem mais, e acarretam com mais incapacidades. A necessidade de cuidados de reabilitação é crescente, e a população carece cada vez mais, e coloca assim, grandes desafios aos enfermeiros de reabilitação (OE, 2011).

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação são concebidas para disponibilizar à pessoa, um ambiente terapêutico, unificador do cuidado e da comunicação.

São inúmeros os estudos que retratam que, a utilização destas ferramentas pelo EEER são essenciais, para a melhoria contínua dos cuidados especializados, permitindo melhorar significativamente a vida das pessoas com afasia, a vida das suas famílias, integrando-as assim, na comunidade auxiliando a combater a depressão e o isolamento social.

O programa de reabilitação deve ser determinado, principalmente, pela gravidade e tipo de afasia, etiologia, e outras disfunções cognitivo-comportamentais que acompanham a afasia e o estadió de recuperação do AVC.

Também (Shafer, J. S., Shafer, P. R., & Haley, K. L., 2019), salientam no seu estudo a importância da inclusão dos cuidadores no processo de cuidados, pelo que é crucial fornecer aos cuidadores o treino e o apoio, que necessitam ao longo da jornada de recuperação, envolvendo-os como parceiros no processo de reabilitação.

(Picano et al.,2021), na sua revisão da literatura, salientam a importância da utilização da Realidade Virtual, com o avanço da ciência e da tecnologia. A eficácia da aplicação da Realidade Virtual tem -se mostrado útil, pois potencializa a validade da terapia de linguagem ao utilizar contextos virtuais, que simulam contextos quotidianos da vida real.

São utilizadas diversas terapias, como a Terapia de Treino Conversacional (sessão de terapia de duas horas, duas vezes por semana, durante vinte e quatro semanas), que tem como objetivo estabelecer uma conversa calma com a pessoa, de modo a estimular o diálogo e a interligação de ideias.

Também é mencionada a Terapia de Linguagem – Ação (ILAT), (cinco sessões de cinquenta minutos durante duas semanas), com o propósito de estimular intensivamente a linguagem, a memória verbal e visual.

Existe também a terapia sensório – motora (cinco sessões de terapia de quarenta minutos durante 8 semanas. Sessões de Narrativa (vinte sessões de terapia de uma hora durante 5 semanas), e a Comunicação livre (vinte e cinco sessões de terapia de uma hora, durante 5 semanas) com o objetivo de estimular a pessoa, em grupo, ou apenas com o terapeuta, a ter uma conversa livre, sobre o seu dia -a dia, as suas preocupações, desejos e ocupações.

Os autores mencionam a eficácia destas terapias, que interligadas à Realidade Virtual, estimulam a nível sensorial e motor as pessoas, mesmo quando não é possível a sua deslocação ao espaço físico.

Por sua vez Wenli Chen et al., (2015), salientam os programas de treino sensório-motor, e que as pessoas obtenham capacidade de descrever o objeto aplicado, e comunicar a ação que está a ser realizada, conseguindo também colocar em prática a ação que é desenvolvida. Leva a um treino da linguagem, e da memória, para além do exercício físico.

São utilizadas outras ferramentas de estimulação sensitiva, e avaliação da evolução cognitiva, como o, *Token Test*, utilizado para avaliar a compreensão auditiva em pessoas com distúrbios da linguagem, a *Western Aphasia Battery*, concebida como uma ferramenta de avaliação para examinar as habilidades linguísticas, conteúdo da informação, fluência, compreensão auditiva, repetição, nomeação e localização de palavras, leitura e escrita, e as principais habilidades não linguísticas, como desenho, design de blocos, cálculo e praxia, e o *Boston Naming Test*, em que os estímulos são desenhos de objeto, com dificuldade crescente de nomeação, variando de vocabulário simples e de alta frequência (árvore) a palavras raras (ábaco) (Wenli Chen et al., 2015).

A administração requer uma resposta espontânea dentro de um período de 20 segundos.

Se a resposta não for dada, dois tipos de sugestões de estímulo, uma fonémica, e uma semântica podem ser dadas (Wenli Chen et. al, 2015).

A telerreabilitação tem sido uma ferramenta útil, em casos de longas distâncias aos centros de terapia, ou hospitais mais próximos, e tem vindo a crescer, principalmente durante a pandemia de SARS-CoV-2.

O estudo de Hege Prag Øra See More et al. (2018), procura explorar a eficácia da telerreabilitação na comunicação funcional, e qualidade de vida.

Muitos estudos foram encontrados, sobre a eficácia da música a nível da estimulação cognitiva.

Piccolo, A. et al. (2023), menciona que a Musicoterapia Neurológica (NMT) consiste, numa aplicação terapêutica de estimulação musical, através de técnicas padronizadas, e tem como objetivo, trazer melhorias em diversos domínios cognitivos. Um dos principais objetivos desta abordagem é o tratamento da fala e da linguagem.

O uso do canto e da entoação, desencadeia a fala em pessoas que apresentam afasia não fluente. O programa de reabilitação consiste em três partes: reabilitação cognitiva, fonoaudiologia e musicoterapia neurológica (NMT). Tem duração de cerca de 6 meses, com sessões duas vezes por semana.

A sessão de reabilitação cognitiva foi focada na atenção através do ATP (treino do processo de atenção). É descrito como um exercício de várias sessões projetado para melhorar a velocidade de processamento da informação, e a capacidade de concentração, ignorando as distrações. Neste caso, a pessoa ouve uma faixa de áudio, que apresenta uma variedade de estímulos. Posteriormente, é solicitada a pressionar uma campainha quando o estímulo-alvo for dado, num intervalo de tempo, que foi diminuindo ao longo da sessão.

Na Terapia de entonação melódica (MIT), existiu eficácia marcada a nível da memória, sentidos e humor.

De todas estas intervenções que podem ser colocadas em prática pelo enfermeiro, a relação com a pessoa, também é muito relevante, e torna – se essencial para o plano de cuidados ser eficaz.

No seu estudo, Bright, F., Attrill, S., & Hersh, D., em 2021, exploram o potencial das abordagens teóricas para além da terapia fonoaudiológica, para permitir uma compreensão mais profunda da natureza e atuação das relações terapêuticas na reabilitação da afasia. Para eles, os relacionamentos terapêuticos são fundamentais, para o que realiza, e se alcança com as pessoas que fazem parte dos seus planos de reabilitação.

A terapia fonoaudiológica é o tratamento para reabilitar ou aperfeiçoar funções relacionadas à fala, deglutição e até mesmo, respiração.

Os autores realçam a importância da formação dos profissionais a serem criticamente reflexivos sobre a sua prática, e a promover mudanças para melhoraria dos relacionamentos terapêuticos.

Um outro estudo, encontrado incidu-se na utilização da linguagem gestual como método de estimulação das pessoas com afasia.

A fotografia também foi mencionada como uma ferramenta de estimulação. No estudo de Levin, 2017, as pessoas revêm-se em imagens/ fotografias e são estimuladas a dialogar com o terapeuta, e a expressar todo o tipo de sentimentos que sintam necessidade.

Com a colaboração do *Archeworks, Inc.*, um programa de *design* alternativo, e o Instituto de Reabilitação de Chicago, foi criada uma aula de fotografia chamada “*Aphasia Talks*”.

Esta foi desenvolvida para facilitar a autoexpressão em pessoas com afasia, com os objetivos de reintegração, socialização, educação e fortalecimento pessoal.

Ao incentivar a autoexpressão e capacitar os participantes da aula, fundou-se uma pesquisa para obter mais informações, sobre os problemas enfrentados por pessoas que vivem com AVC.

Analisando vários estudos, compreendemos que é fundamental desenvolver planos de reabilitação, com componente educacional e lúdica, com base nas intervenções do Enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação, assim como, componente relacional, também é imprescindível, a motivação e a confiança, quer do enfermeiro, quer da pessoa que levam à obtenção de melhores resultados, como tal, da melhoria da qualidade de vida e da reinserção na comunidade (Magalhães, 2017).

2. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O enfermeiro que realiza com formação avançada, tem de apresentar uma capacidade desenvolvida de ensino e aplicar na teoria e prática os conhecimentos éticos, legais, empíricos e centrados na pessoa, devendo ser influenciado pelo meio global, social e político (ICN, 2020).

Com a intenção de proporcionar o desenvolver das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER foram traçados como objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER na área motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Desenvolver competências específicas de intervenção do EEER à pessoa com afasia após AVC.

Ao longo da escrita deste capítulo, desenvolvemos a descrição e a análise das intervenções que possibilitaram alcançar estes objetivos, e concomitantemente a evolução das competências relatadas.

2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Segundo o Regulamento nº140/2019, Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências comuns, são as habilitações compartilhadas, independentemente, da sua atividade, que têm como objetivo comum de todos os enfermeiros especialistas, a excelência na conceção, gestão e supervisão de cuidados.

Em seguida, vamos descrever nas intervenções que realizamos para atingir esses objetivos e desenvolvimento de competências.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“a) A1 - Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) A2 - Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”

Para desenvolver competências nesta área, definimos como objetivo específico, *“Desenvolver a prática profissional baseada em princípios éticos, deontológicos e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de enfermagem de reabilitação”*.

É importante ressaltar que as decisões éticas apoiadas em princípios, valores e padrões éticos são pressupostos fundamentais de toda prática de enfermagem, por isso, alguns aspetos são reforçados durante a formação e aprimorados no decorrer dos estágios.

A prática ética baseia-se em ações e decisões tomadas perante as situações vivenciadas, e respeita as pessoas que recebem cuidados, tratando-as como seres vivos, únicos e autônomos introduzidos no seu próprio ambiente (OE, 2002).

O desenvolvimento destas competências requisita a promoção do respeito pelo direito da pessoa à informação e à confidencialidade, dentro da equipa multidisciplinar onde recebe os cuidados. A promoção do respeito pelo direito de um indivíduo à informação e à confidencialidade, incluindo os seus próprios valores, costumes e crenças foi incutido na nossa formação. É importante fazer isto. Protegemos os direitos humanos e respeitamos a privacidade. Um dia, nós próprios podemos necessitar de ser cuidados e de acharmos fundamental o respeito pela nossa condição.

Esta atuação foi manifestada ao longo dos diferentes estágios, através de inúmeras intervenções, tais como, desenvolver um plano de tratamento de reabilitação com a pessoa e a família, fornecer informações sobre os benefícios de diversas intervenções, tais como o treino de atividades de vida diárias, desenvolvimento de saberes, treino cognitivo e da comunicação, e auxiliar na tomada de escolhas e decisões, tais como o planeamento das atividades e dos cuidados desenvolvidos, e os objetivos pessoais de cada pessoa.

O envolvimento familiar é essencial quando as pessoas não encontram a possibilidade de exercer sua autonomia. Isto permite-nos reunir conhecimentos sobre os valores, costumes e crenças para que a nossa intervenção seja adequada às suas necessidades. O envolvimento das famílias, assegura assim a satisfação das necessidades das pessoas. A família é a nossa maior ajuda, quando a pessoa tem alta para casa e é preciso alguém para cuidar. Em casa, a pessoa doente, vive a sua vida de forma mais satisfatória, dentro de um ambiente que conhece e que lhe é querido (Nogueira, 2003).

A implementação destas atividades baseia-se na utilização dos princípios implícitos no regulamento do exercício profissional de Enfermagem (REPE), no Código de Ética Profissional de Enfermagem (CDE) e as declarações descritas nas Normas Gerais de Competência de Enfermagem.

No REPE estão enunciados os termos que regulam e sustentam a exercício profissional da nossa profissão (OE, 2015).

Os enfermeiros são responsáveis por proporcionar um ambiente humano que promova interações importantes entre os mesmos, as pessoas e as famílias.

Na perspetiva humana do enfermeiro, são esperadas interações saudáveis, que facilitem a partilha de conhecimentos e sentimentos, desenvolvendo estratégias para resolver problemas e intrigas, melhorando assim os relacionamentos (Luís, 2014).

Durante a prestação dos cuidados, procuramos honrar a vontade das pessoas e das suas famílias, envolvendo-as, na organização dos cuidados, ajustando as intervenções, em concordância, com os desejos e necessidades. Para além de cuidar, devemos ser amigos, ouvir, aconselhar, e beneficiar acima de tudo, a pessoa.

Neste caso, podemos exemplificar com situações pessoais, ou demonstrar, que apesar de sermos enfermeiros também precisamos de ajuda, de outras pessoas especializadas, em determinados períodos da nossa vida. Quando as pessoas desabafam, e dão abertura suficiente para falar sobre as suas experiências de vida, acabamos por nos interligar emocionalmente. Ou porque, já vivenciamos de alguma forma, as alterações que a doença acarreta dentro do seio da nossa família, e como tal, já necessitamos de recorrer a ajuda de profissionais.

Na unidade de cuidados de reabilitação, a interligação entre os profissionais e pessoa torna-se mais pessoal, e existe um carinho acrescido, durante os meses em que a pessoa permanece na instituição.

Ao longo dos estágios foi entendida a importância dos cuidados do enfermeiro de reabilitação e os diversos papéis que o mesmo pode desempenhar no exercício da sua função, como a liderança na equipa, a gestão dos cuidados e no seu encaminhamento para alta.

Em contexto de UCCI e internamento hospitalar foi possível gerir os cuidados e os recursos existentes. Em UCCI foi necessário interagir com as pessoas segundo as rotinas da instituição. Tivemos de trabalhar de acordo com as horas de jantar, ou seja, o estágio iniciava maioritariamente as 17 horas e o jantar seria as 18 horas, por isso, tivemos de adaptar e flexibilizar a nossa intervenção no que diz respeito à prestação de cuidados de reabilitação.

No hospital, foi importante também gerir o tempo, para não interferir nas intervenções de fisioterapia e terapia da fala. Nas especialidades médicas, o material existente era imenso e com alguma variabilidade, por isso, foi mais acessível adequar as necessidades e patologias existentes. Em Ortopedia, apesar de existir algum material, existiam muitas pessoas que necessitavam do mesmo, por isso, foi necessário escolher e adaptar à maior necessidade nos momentos mais pertinentes.

Na unidade de media duração onde efetuamos o estágio, foi possível a utilização de material da equipa de fisioterapia, desde que fosse entregue limpo, no sítio do qual era retirado.

O campo de estágio, onde foi mais difícil gerir todo o tipo de recursos, foi sem dúvida, em contexto domiciliário. Não existia material físico, não existia apoio humano, e o tempo para gerir os cuidados, ainda era mais escasso, representando assim um desafio.

O conceito de adaptabilidade teve de sobressair em relação a todas as dificuldades que poderiam existir.

De acordo com Nunes (2014), a deontologia preceitua *“... a relação de um profissional com aqueles a quem presta serviço, tendo em conta a dignidade humana, os direitos das pessoas, o respeito devido e a oferta de competências para o exercício do serviço que presta, atentando ao bem-estar das pessoas e da população.”* (p.13).

As pessoas vulneráveis que cuidamos todos os dias são física e mentalmente vulneráveis e necessitam de cuidados morais e humanos.

Nunes (2014) refere-se ao princípio do respeito pela autonomia como algo primordial no cuidado. Quando a autonomia é diminuída, a pessoa pode não ser capaz de pedir ajuda, de desempenhar papéis sociais, de se auto gerir.

Em todos as oportunidades de estágio, respeitamos a multiplicidade multicultural, respeitando a dignidade humana. Tivemos a oportunidade de cuidar de pessoas de raça negra, indianos, com dificuldades económicas, com posses monetárias, mas todas elas foram cuidadas de igual forma, e com o mesmo respeito pelos seus valores, gerindo no seio das equipas práticas de cuidados fomentando segurança, privacidade e dignidade.

Para além, de trabalharmos com pessoas de línguas distintas da nossa, e assim, a comunicação na prestação de cuidados ser um desafio, somos desafiados também por barreiras culturais. Foi possível, interferir com um doente, testemunha de jeová. Para além, das suas restrições perante a alimentação, e por ser portador de colostomia, a relação torna-se mais distante. Existiu alguma dificuldade em ser possível a existência de uma conexão saudável, mas a empatia e a perspicácia, desenvolvidas ao longo dos estágios facilitaram neste processo. É difícil conseguir entrar dentro do ambiente pessoal de determinadas pessoas, mas o que nos torna distintos, enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, é o poder da comunicação, e da necessidade que sentimos, para a melhoria de quem cuidamos.

Cumprimos o nosso compromisso enquanto profissionais. Promovemos a adaptação e a satisfação humana e demonstramos a capacidade de agir maximizando a funcionalidade e melhorando a capacitação das pessoas que cuidamos, respeitando os valores, costumes e crenças das diferentes pessoas junto de quem intervimos.

Na elaboração deste relatório, tivemos em conta o princípio da confidencialidade, respeitando o sigilo e o respeito pela pessoa.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

“a) B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

b) B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c) B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.”

Para desenvolver as competências nesta área delineámos como objetivo específico,

“Desenvolver projetos na área da especialidade de reabilitação que contribuam para o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade nos diferentes locais de estágio”.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com as pessoas, logo são

aqueles que mais precisam de conhecer as questões de segurança, necessitando assim, de adquirir mais conhecimentos práticos e teóricos para otimizar a melhoria da qualidade dos cuidados. Daí a importância em providenciar um ambiente terapêutico seguro, recorrer à aplicação dos princípios da ergonomia, prevenindo eventuais lesões, e promovendo assim, a melhoria contínua da qualidade.

Num mundo em mudança, os humanos precisam de se adaptar constantemente as diversidades. Para alcançar esse desenvolvimento foram necessários avanços na área da enfermagem nos últimos anos (Machado, 2013).

Os modelos continuam a evoluir para responder de forma rápida e eficaz à necessidade de oferecer excelência científica e profissional nos cuidados que prestamos (Machado, 2013).

As inovações que melhoram a qualidade, a eficiência e a produtividade dos cuidados de saúde exigem um investimento significativo em recursos humanos e monetários. Necessitamos cada vez mais de recursos humanos para ser possível cuidarmos de todas as pessoas e superar as nossas metas enquanto profissionais.

O objetivo do cuidar não é apenas fornecer conhecimentos, mas também ferramentas que permitam às pessoas gerir processos de tomada de decisões mais complexos (Lopes, Gomes, & Lobo, 2018).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (artigo 4.º, n.º 4), os cuidados de enfermagem incluem a independência e a interdependência que o enfermeiro deve desempenhar no âmbito das suas funções.

Considerando que as nossas intervenções especializadas são refletidas como intervenções de alta qualidade, e refletem bons cuidados devemos sempre seguir as normas de boa conduta, incluindo um ambiente seguro, os recursos essenciais, as intervenções necessárias e o respeito fundamental.

Nos diferentes locais de estágio, foram consultadas normas, protocolos e manuais existentes, de forma a prestarmos cuidados especializados de reabilitação, conforme mencionado no plano de atividades.

No estágio, em comunidade, a enfermeira especialista em reabilitação implementou um projeto de formação a técnicos auxiliares de saúde, sobre mobilizações, levante e transferências. Esta formação, foi de extrema importância, para capacitar as diversas equipas a desenvolverem estratégias de mobilização de pessoas em contexto domiciliário. Existiu a oportunidade de formar em duas sessões, diversas técnicas auxiliares de saúde, e de, em conjunto, discutir diversos casos, com os quais elas se deparam, na sua prática diária de cuidados.

Também existiu a oportunidade de realizar registos de reabilitação na plataforma de acesso à rede de cuidados continuados integrados, e de elaborar cartas de alta para transmissão de informação à equipa de gestão de altas, responsável.

No estágio desenvolvido na Clínica Egas Moniz, foi possível colaborar em conjunto, com a equipa de ECCI Almada-Seixal, num curso formativo destinado a técnicas auxiliares de saúde sobre a demência. Foi um curso composto por 5 módulos, com diferentes temáticas de intervenção na área.

Em parceria com colegas de mestrado pudemos intervir com os cuidadores formais que trabalham em apoio domiciliário e centro de dia.

Neste âmbito desenvolvemos, para além, de um guia informativo, um poster com informação crucial à prestação de cuidados da pessoa com demência, e que se encontra em apêndice X.

Na unidade de cuidados continuados, foi possível uma maior investigação na área da comunicação e cognição. De acordo com as rotinas da instituição, a predisposição das pessoas, a sensibilidade da equipa, e os materiais que existiam, como jogos didáticos, material audiovisual, tornou-se possível, a intervenção a este nível.

Foram executadas atividades educacionais com as pessoas, e elaborado um plano de sessão (Apêndice XIX) para fomentar as atividades realizadas e implementadas. Estas sessões tornam-se importantes para melhoria da saúde das pessoas, uma vez que, a estimulação cognitiva atua nos mecanismos ligados à plasticidade cerebral (Machado, 2022).

Segundo este autor, a utilização da estimulação cognitiva em pessoas idosas desenvolve a autonomia, o raciocínio e a qualidade de vida, pois estimula funções cerebrais como a atenção, a memória, a perceção da realidade, e essencialmente as sensações.

Cabe ao EEER mobilizar conhecimentos, de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade de cuidados, pelo que, no serviço cirúrgico de Ortopedia foi possível a realização de uma formação sobre Ergonomia e prevenção de lesões músculo-esqueléticas, à equipa de enfermagem, que se encontra no apêndice V.

Para complementar a realização desta formação foi elaborado um poster que se encontra exposto para consulta da equipa e colocado em apêndice XI.

Ainda, no mesmo estágio, e uma vez que a artroplastia total da anca, e colocação de prótese total do joelho, são das cirurgias, mais realizadas, a enfermeira especialista em reabilitação criou uma consulta pré- cirúrgica, sobre ensinamentos a serem realizados, tais como, primeiro levante, transferências, exercícios isométricos, mobilizações, andar com andarilho, uso de canadianas, subida e descida de escadas, higiene e autocuidados.

Foi possível a participação nestas consultas, e posteriormente o seguimento, dos doentes pós cirurgia. Durante o decorrer da consulta, foram elaboradas diversas questões, de forma a relembrar os ensinamentos anteriormente realizados, tal como, o esclarecimento de dúvidas existentes e ensino à pessoa de referência, ou familiar. Sempre que necessário, as pessoas poderiam entrar em contacto com a enfermeira especialista e solicitar colaboração.

Foi identificada a crescente necessidade de ensino à pessoa intervencionada e sua família. Mesmo sendo realizados ensinamentos antes da cirurgia, a manipulação dos produtos de apoio, tais como as canadianas, ou produtos facilitadores para os cuidados de higiene, só são incorporados, quando existe mesmo a necessidade da sua utilização.

Os ensinamentos à família e cuidadores é de extrema importância para o regresso a casa, e para uma melhor recuperação física e emocional.

No âmbito do estágio hospitalar realizado no serviço de neurologia, identificou-se a necessidade de elaborar uma norma de procedimento setorial, sobre *“Cuidados de Enfermagem ao doente com afasia”*, disposta em apêndice VII.

Foi discutido com o enfermeiro orientador sobre as diferentes técnicas que podem ser realizadas, e este, foi responsável de transmitir à equipa. A mesma foi entregue ao orientador e apresentada ao enfermeiro coordenador de serviço.

Esta norma, ficou instituída no serviço, e foi incorporada pela equipa, na prestação de cuidados à pessoa com afasia de modo a promover a melhoria da qualidade na prestação de cuidados.

2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados

“a) C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

b) C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”.

Para ampliar as competências neste domínio delineámos como objetivo específico, *“Desenvolver competências na área de gestão de cuidados de enfermagem, otimizando as respostas da equipa de saúde, garantindo segurança e qualidade dos cuidados”.*

O Plano Nacional de Segurança do doente 2021-2026 é uma ferramenta, que pode ser utilizada pelos profissionais, e visa reforçar a segurança das comunicações, o aumento da segurança operacional, a segurança na utilização dos medicamentos e na técnica cirúrgica.

Garante uma identificação precisa da pessoa alvo de cuidados, precavendo erros de triagem e evidencia a necessidade de cuidados elevados de prevenção de aparecimento de úlceras por pressão

Tem também como objetivos o uso de uma comunicação organizada, a prevenção de incidentes, o controle de doenças infecciosas e resistência a antibióticos (Casimiro, 2015).

Os enfermeiros de reabilitação orientam os cuidados, otimizam a resposta da equipa, coordenam as equipas interdisciplinares e orientam a utilização de recursos às necessidades, condições e circunstâncias da pessoa, para garantir cuidados de qualidade (Diário da República, 2019).

No domínio da gestão dos cuidados, os enfermeiros desempenham um papel muito ativo na

organização dos mesmos. Otimizam a resposta dos colegas e da equipa, garantem a segurança e a qualidade das tarefas atribuídas, alinham os recursos às necessidades de cuidados, aplicando na sua gestão de cuidados um estilo de liderança (Magalhães, 2017).

Segundo Santos e Lima (2011), a gestão dos cuidados acarreta uma planificação, o aprovisionamento dos recursos, e supervisiona e orienta a equipa de enfermagem.

Os supervisores são responsáveis por incentivar a reflexão e a discussão sobre a prática, algo que nos ajuda, enquanto profissionais a pensar sobre a nossa atuação enquanto profissionais e humanos.

A comunicação, a motivação e a liderança são pilares importantes na gestão em enfermagem, e estão a tornar-se ferramentas que os enfermeiros em posições de liderança utilizam (Potra, 2015).

Os enfermeiros que possuem competências desenvolvidas na vertente da gestão dos cuidados prestados, estão aptos a nível técnico e científico, a responder aos desafios que as organizações de saúde vivenciam atualmente, garantindo uma prestação de cuidados de excelência, na prevenção, promoção e reabilitação da pessoa (APEGEL, 2010).

Em ambos os contextos tivemos a oportunidade de participar em reuniões sobre a gestão de equipas, onde relevo a importância da comunicação no seio da equipa. Esta dinâmica permite otimizar a prestação de cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos.

No ensino clínico da ECCI, a equipa de enfermagem na qual fomos integrados, é composta pela EEER que também coordena a equipa, por um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, por um enfermeiro especialista em saúde mental e enfermagem psiquiátrica, e por enfermeiros de cuidados gerais. A variedade de experiências e de aptidões específicas, de cada especialidade, tornavam esta equipa habilitada para conferir cuidados de excelência.

Para otimização da tomada de decisões relativamente à pessoa e famílias, foi realizada semanalmente uma reunião de enfermagem, com o intuito de promover o aprimoramento dos cuidados nesta unidade, onde eram monitorizados os resultados da intervenção de cada profissional, incluindo o EEER.

Foi possível a realização de visitas domiciliárias a pessoas, a quem não eram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação, e onde pudemos transmitir saberes e aconselhar sobre a gestão dos materiais disponíveis e ambiente envolvente. Destacamos a necessidade de posturas adequadas na realização dos pensos, na mobilização das pessoas em casa, na deambulação com andador e em cadeira de rodas. Enfatizamos a importância da ergonomia do cuidador durante o banho, as transferências e os cuidados, e ajudámos a organizar os espaços de forma a tornar a área física mais rentável.

Em ambiente hospitalar, os ganhos conseguidos foram transmitidos aos enfermeiros responsáveis pela pessoa, em cada turno, e estes, em passagem de turno transmitiam aos restantes

colegas as informações. Informações importantes, que poderiam ser, se a pessoa já realizou levante, se já tomou banho no wc, se já iniciou treino de marcha, se foi necessário a aspiração de secreções após a realização da fisioterapia respiratória, se iniciou treino de deglutição, se já mencionou algum som ou palavra, em caso de afasia, se a pessoa coopera no decorrer do plano, ou mesmo, se foi necessário realizar alguma técnica, como entubar, algaliar ou puncionar.

Para além desta partilha, também comunicávamos à Equipa de Gestão de Altas, os progressos da pessoa, e se a mesma, ostentava “potencial de reabilitação” para integrar a RNCCI.

Esta ligação torna-se importante para o seguimento das pessoas que necessitam de cuidados de reabilitação. A transmissão de informação assegura a melhoria dos cuidados prestados (Frias & Santos, 2023).

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“a) D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Para desenvolver as competências neste domínio demarcámos como objetivo específico, *“Desenvolver uma prática de cuidados especializada de enfermagem de reabilitação, centrada nas necessidades da pessoa cuidada e promotora de segurança e bem-estar nos diversos contextos”.*

Desenvolver competências especializadas requer investimento e dedicação.

Buscamos continuamente construir pontes entre teoria e prática, de forma a conseguir uma aprendizagem alicerçada.

A competência é um processo de adaptação e progresso para aplicar o conhecimento à diversidade e às adversidades da vida quotidiana (Bento, 2017).

Cabral (2006) afirma que para adquirir conhecimentos, os enfermeiros devem desenvolver a reflexão e o pensamento crítico, para lhes permitir aprender, preparando-os incessantemente para acompanhar o progresso.

Tal é descrito, especialmente pela forma como a nossa profissão mobiliza, aprofunda e tem necessidade constante em atualizar os seus conhecimentos (Cabral, 2006).

Na prática profissional, tem-se mostrado necessária a aquisição contínua de novos conhecimentos, que permitirão o desenvolvimento de competências aptas de atender plenamente às necessidades de quem recebe os cuidados. Sendo uma experiência particular, sentimos a necessidade de acrescentar conhecimentos, melhorar a nossa prática e ter mais confiança nos cuidados prestados.

De forma a complementar os conhecimentos e competências adquiridas ao longo do curso de mestrado, surgiu a oportunidade de participar nas jornadas Científicas da Egas Moniz, realizadas em novembro de 2023, onde tivemos a oportunidade de participar com a exposição de um poster

intitulado de *"Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao Doente com Afasia: Revisão Scoping"*, este resultou da revisão Scoping concretizada previamente ao ensino clínico.

A participação em jornadas, e correspondente divulgação científica demonstra uma atitude refletida para a aquisição de conhecimento, convergindo a necessidade de apoio à prática clínica com a evidência científica.

O desenvolvimento de competências no domínio da aprendizagem profissional é conseguido através da adaptabilidade individual, contribuindo assim, para o êxito das intervenções.

O EEER é facilitador da aprendizagem, pelo que ao longo dos estágios existiu a possibilidade de intervir como formadora, no estágio de Ortopedia, com uma formação sobre ergonomia e prevenção de lesões músculo-esqueléticas, e em comunidade, em ECCL, com uma formação sobre levantes e transferências, colocada em Apêndice VI, e uma formação sobre Demência, em que foram colocados em apêndice o póster (Apêndice IX) e o guia informativo de apoio às assistentes operacionais e cuidadores (Apêndice X).

Acreditamos que é através, de momentos de formação que podemos dinamizar e integrar novos conhecimentos dentro da equipa, facilitando as práticas de cuidado, valorizando assim, a saúde daqueles que cuidamos.

É fundamental para a nossa formação, o desenvolvimento de competências, pelo que elaboramos estudos de caso. Os estudos de caso têm como objetivo explorar as dificuldades e as necessidades das pessoas, famílias e/ou comunidade, proporcionando conhecimentos que ajudem a identificar e a solucionar os problemas reconhecidos (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Foi essencial realizar pesquisa autónoma que possibilitasse fundamentar uma prática baseada na evidência.

2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A ordem dos enfermeiros afirma que a intervenção do EEER é importante na definição dos padrões de qualidade em enfermagem de reabilitação. A sua ação *"... traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia..."* (OE, 2011b, p.3).

Este enfermeiro executa e supervisiona uma diversidade de planos de enfermagem de reabilitação, com base nos problemas que uma pessoa realmente enfrenta e pode ter.

As intervenções de enfermagem de reabilitação são intervenções especializadas direcionadas para a saúde e para a doença, e que contribuem para maximizar o potencial funcional e aperfeiçoam a independência física, emocional e social da pessoa.

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, a conduta que orienta as competências específicas

do enfermeiro especialista em reabilitação é sustentada nos objetivos de melhoria da função, promoção da independência e da máxima satisfação humana.

Com as suas diversas intervenções, o EEER está qualificado para cuidar de pessoas com carências especiais ao longo de todo o seu ciclo de vida, numa variedade de ambientes. Isto deverá permitir às pessoas com deficiência reintegrarem-se na sociedade e exercerem os seus direitos como cidadãos. As pessoas aprendem a viver com limitações presentes, e o EEER organiza as capacidades humanas tornando-as adequadas ao funcionamento (Regulamento no392/2019).

É perentório para que a pessoa pratique livre e legitimamente os seus direitos de cidadã, como tal é necessário que exista acessibilidade., nomeadamente ajudas técnicas de acesso aos imóveis que contribuem claramente para a integração da mesma no corpo coletivo (Silva et al., 2019a).

Os EEER são um componente dinâmico que ajudam a desenvolver estratégias, para superar várias limitações, graças à sua capacidade de promover a mobilidade, a autonomia e a autossuficiência. O EEER encontra ambientes residenciais e comunitários adequados.

Para que a pessoa pratique livre e legitimamente os seus direitos de cidadã, é essencial existir acessibilidade. Estas abrangem as ajudas técnicas de acesso aos imóveis, e contribuem claramente para a integração da pessoa no corpo coletivo (Silva et al., 2019).

O acesso às ajudas técnicas é um direito da pessoa. Cabe –nos a nós, enquanto profissionais, informar sobre a existência dos vários materiais de apoio, e encaminhar da melhor forma possível a pessoa e cuidadores, a adquirir as ajudas necessárias para a sua obtenção.

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

Para aumentar as competências neste domínio, demarcámos como objetivo específico, *“Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem e a Teoria das Transições de Meleis”*.

A avaliação inicial, em ambiente hospitalar é de extrema importância, uma vez que permite estabelecer as prioridades dos cuidados de enfermagem. Para tal, o enfermeiro utiliza não só informações fornecidas pela pessoa, mas também pela família. Esta avaliação deve ser feita com base num modelo teórico de cuidados, para permitir a orientação dos mesmos (Sousa, 2013).

Para efetuar a avaliação inicial, o EEER deve empregar instrumentos que permitam executar uma avaliação estruturada da pessoa, e dos seus problemas. Estes instrumentos utilizados diariamente na prática de reabilitação procuram estimar os problemas, monitorizar os progressos e documentar as intervenções aplicadas (Sousa, 2013).

Para realizar a avaliação inicial, conforme descrito no estudo de caso, no apêndice II, apresentamos informações de identificação pessoal, história de vida, doença atual, história pessoal e avaliação neurológica, incluindo também a análise do estado mental, pares cranianos, avaliação da sensibilidade, força, motricidade, equilíbrio e marcha.

O EEER avalia a funcionalidade utilizando escalas para a avaliação das diferentes funções.

Hoeman (2011), refere que a aplicação de instrumentos de avaliação da funcionalidade e concretização do autocuidado, permitem determinar o estado funcional, e as necessidades de cuidados, o que auxilia no planeamento dos mesmos.

A força muscular foi avaliada em todos os movimentos, das diferentes partes do corpo, empregando a escala do *Medical Research Council*, assim como, o tônus muscular para o qual utilizamos uma escala de *Ashworth* modificada (Menoita, 2012).

O equilíbrio corporal foi classificado após o emprego da *Escala de Equilíbrio de Berg*. Foram realizados exercícios de fortalecimento do tronco e da região lombar. Mesmo em pessoas acamadas, e com ajuda dos enfermeiros orientadores, e até mesmo, das técnicas auxiliares de saúde foi possível a aplicação de exercícios em pessoas totalmente dependentes.

Avaliamos a marcha, usando a Escala de *Tinetti*. Utilizando apoio de terceiros, e recorrendo à utilização de auxiliares de marcha, como canadianas, tripé e andador, de quatro apoios e de rodas (Menoita, 2012).

Em UCC foi possível “discutir” alguns casos, com uma colega de fisioterapia, e ela esteve sempre ao dispor para partilhar material, e o espaço físico onde a equipa realiza as sessões de fisioterapia. Durante este estágio, verificou-se que a nossa intervenção complementava os cuidados e ensinamentos realizados pelos vários membros da equipa multidisciplinar, já que a nossa principal preocupação é zelar pela recuperação da pessoa e pelo aumento da sua capacidade funcional.

De forma a analisar a funcionalidade de cada pessoa recorreremos à utilização da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), permitindo-nos deste modo realizar a avaliação da capacidade funcional da pessoa (OE, 2017). A MIF é uma escala validada por especialistas e utilizada pelos portugueses. A mesma encontra-se disponível no documento concebido pela Ordem dos Enfermeiros e aprovado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

Para compreender a repercussão da restrição da funcionalidade, no quotidiano da pessoa, utilizamos a tabela de funcionalidade a nível da realização das AVD's e atividades instrumentais de vida diárias (AIVD's), que se encontra exemplificado no estudo de caso.

A escala de *Borg* modificada é uma escala traduzida e validada para português. Esta ferramenta de avaliação, ajuda a avaliar a gravidade da dificuldade respiratória, de uma pessoa ao realizar atividade física, usando uma pontuação de 0 a 10. O número 0 é considerado “sem dispneia” e 10 é considerado “dispneia máxima”. Isto permite determinar limites seguros para a implementação de

intervenções de cuidados de reabilitação (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). A mesma encontra-se em Anexo 3.

De modo a obter uma visão holística da pessoa, e para a realização do plano de cuidados consultámos, antecipadamente à realização das nossas intervenções, o processo clínico e colhemos dados através da entrevista informal à pessoa e ao cuidador.

Estas intervenções permitem-nos compreender melhor a situação clínica e a história pessoal, avaliar a função e determinar a necessidade de cada intervenção. Utilizando uma variedade de ferramentas de avaliação, podemos detetar alterações potenciais nos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiovascular, respiratório, nutricional e excretor, a fim de identificar e tratar as necessidades de cada pessoa.

Ainda, identificamos a transição experienciada à luz da Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, definindo um plano de intervenção de forma a dar resposta a estas mudanças.

Segundo Petronilho, 2017, os EEER, suportam a suas intervenções terapêuticas, com base nos processos adaptativos associando-os às transições experienciadas.

O EEER deve apresentar-se como um facilitador no processo de adaptação e de tomada de decisão de consciência da mudança (Petronilho & Machado, 2017).

Após a avaliação inicial, estabelecemos com a pessoa as prioridades necessárias. Implementamos planos para a capacitação da pessoa, com o objetivo de melhorar a sua autonomia, a qualidade de vida e o seu bem-estar. Projetamos e executamos planos de cuidados para melhorar ou reeducar a função adulterada e eliminar ou minimizar os fatores de risco.

Posteriormente, atuamos face à monitorização da eficácia das intervenções implementadas, otimizando-as em função dos resultados manifestados. Para tal, foram traçados planos, e foram cumpridos os objetivos por metas, em que cada dia eram superados desafios, era melhorada a prática e a autoestima.

Todos estes passos, estão descritos em Apêndice II, no estudo de caso realizado a uma pessoa internada, num Serviço de Especialidades Médicas, de uma Unidade local de Saúde.

Assim, as intervenções podem recuperar as pessoas, mas sobretudo permitir-lhes adaptar-se às limitações que possuem.

Graças a estes ganhos em saúde a senhora estudada no nosso estudo de caso, regressou ao domicílio, reintegrou-se na comunidade, e reconquistou o seu bem-estar e qualidade de vida.

Para tornar o seu trabalho eficaz, o EEER utiliza técnicas e intervenções específicas de reabilitação, para educação, planeamento de alta, cuidados e reabilitação contínua de pessoas e suas famílias para integrar as pessoas nas suas comunidades e dar-lhes o direito à dignidade e qualidade de vida (OE, 2010).

Durante os estágios, executamos também intervenções para reeducação funcional.

Respiratória. Testamos e aplicamos exercícios respiratórios utilizando respiração abdominal, respiração diafragmática e reeducação respiratória costal. Trabalhamos para melhorar o desempenho dos músculos respiratórios através de treino muscular respiratório e espirometria de incentivo (Cordeiro & Menoita, 2014).

Como estudantes de enfermagem de reabilitação, a auscultação pulmonar tornou-se um desafio, pois é uma técnica que exige muito treino auditivo e um longo tempo de aprendizagem e prática.

Para além dos exercícios respiratórios, executamos técnicas como a terapêutica de posição, a abertura costal seletiva, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de aderências pleurais, de manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática, e permitir a expulsão de secreções, prevenindo assim, pneumonias e infeções respiratórias (Cordeiro & Menoita, 2014).

Em contexto de comunidade, e como não existiam espirómetros, recorremos à utilização de instrumentos musicais de sopro, as chamadas “línguas de sogra”, encher balões, soprar para a folha, soprar a chama da vela acesa. Foram momentos de originalidade e improvisação. Tivemos também a oportunidade de utilizar o *Cough Assist*. Cuidamos de uma pessoa com esclerose lateral amiotrófica, e como a mesma, não tinha capacidade para realizar o ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR), como o treino da tosse assistida, e esta já não era um mecanismo eficaz de expulsão de secreções recorremos à utilização deste dispositivo.

Para prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas, implementamos no nosso plano de intervenção, técnicas de correção postural e exercícios de mobilidade articular (Cordeiro & Menoita, 2014).

Foi bastante útil, quer em sessões e ensinamentos a colegas, e outros profissionais, quer também, em comunidade, capacitando os cuidadores e as famílias a adotarem posturas corretas.

Ao nível da reabilitação motora e sensorial, instruímos e treinamos diversas técnicas, como a facilitação cruzada, posicionamentos terapêuticos, mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas ao nível dos diferentes segmentos corporais.

Desenvolvemos atividades terapêuticas como rolamento, ponte, rotação controlada do quadril, carga de cotovelo e automobilizações. Os exercícios terapêuticos contrariam os efeitos negativos da imobilidade.

Por exemplo, o movimento ajuda a colocar a tensão apropriada no osso e previne a absorção anormal de cálcio, que origina várias doenças, como a osteoporose.

O movimento estimula a circulação sanguínea e o retorno venoso, prevenindo a formação de trombos e o desenvolvimento de embolia pulmonar, para além, da prevenção da atrofia muscular. Quando realizados corretamente, os exercícios terapêuticos promovem a sensação de independência e previnem os efeitos nocivos da imobilidade (Huber e Wells, 2009).

No treino de marcha e equilíbrio, abrangemos a subida e descida de escadas, incluímos a execução de alongamentos, treino de força muscular, com aplicação de pesos e bandas elásticas (Cordeiro & Menoita, 2014).

Para um treino de marcha eficaz foi necessário incluir uma estabilização corporal. O conceito de mecânica corporal inclui a integridade das articulações, ou seja, a capacidade física da pessoa, o ambiente em que os exercícios são realizados, o tempo, a posição do corpo e o movimento que é necessário para realizar as atividades (Huber e Wells , 2009).

Ao nível das AVD's, ensinamos, instruímos e treinamos os cuidados de higiene pessoal, o vestir e despir, a alimentação e a eliminação vesical e intestinal. A realização destes exercícios tem um impacto particular nas pessoas com doenças neurológicas porque é a base para a sua reintegração e participação na sociedade (Neves, 2014).

No âmbito das AVD's, especificamente dos cuidados e higiene pessoal, vestir e despir, micção e eliminação intestinal, a nossa intervenção é relevante, não só pelos cuidados que prestamos à pessoa, mas também através da formação para os realizar de forma autónoma. Quando os resultados se tornam positivos, ao longo do progresso da pessoa, a mesma apresenta mais entusiasmo e vontade de melhorar.

Avaliamos as alterações da deglutição através da escala GUSS, bem como as perturbações alimentares associadas à paralisia facial, razão pela qual, implementámos planos de reabilitação para esta alteração (Branco &Portinha, 2017). Nas especialidades médicas aplicamos nas pessoas que o enfermeiro orientador achava fulcral.

Em contexto de UCCI, tivemos a oportunidade de trabalhar a área da disfagia, e foi possível trabalhar com uma senhora que apresentava disfagia, devido a alterações neurológicas. Cerca de 3 a 4 semanas após o início do plano de intervenção ser instituído, foi possível obter resultados, e a pessoa era alimentada via oral, pela equipa de enfermagem, de uma dieta pastosa e de líquidos com consistência tipo mel. A mesma, anteriormente, à data de internamento na UCCI, que coincidiu com o início do estágio, era alimentada por sonda nasogástrica.

Nesta área de intervenção, é fundamental a coordenação com o nutricionista e o serviço de alimentação, para individualizar a dieta e fornecer assim, as proteínas e nutrientes adequados às necessidades da pessoa.

Foram desenvolvidas intervenções para estimulação das pessoas com afasia após AVC. Utilizamos como recurso, as atividades terapêuticas, as mobilizações, o toque, a conversa, sessões cognitivas, o recurso à família, durante o decorrer das visitas.

O recurso a memórias antigas tornou-se também motivador. As famílias traziam livros antigos, relativos à cidade, a atividades como a pesca e a agricultura, tal como os álbuns de fotografias. As pessoas sentiam-se mais motivadas, e com um propósito, de voltar para casa e para a sua família.

Neste âmbito, a relação com a pessoa tornou-se fundamental, e a empatia um pilar crucial na comunicação, já que comunicar é mais do que falar, a linguagem corporal, e as emoções, enaltecem as relações interpessoais (Silva et.al, 2000).

A incapacidade de falar interfere na maioria das atividades da vida diária, incluindo as relações interpessoais, e tem um impacto significativo na participação social.

Foram utilizadas escalas de avaliação cognitiva, tais como, a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa. Esta escala inclui vários subtestes, alguns originais, outros adaptados, tais como a escala de gravidade, descrição do personagem “O ladrão de biscoitos”, avaliação da linguagem sequencial e da fala automática, uma versão curta do *Token Test* e repetição de frases e números (Leal, 2009).

O diagnóstico de afasia baseia-se nos resultados de quatro testes básicos, tais como, a capacidade de ouvir palavras simples, nomear objetos por meio de comparação visual, fluência verbal e repetição de palavras (Leal, 2009).

Foram realizadas intervenções acessíveis, como a utilização de palavras simples, falar de forma pausada, recorrer à utilização de estímulos visuais e auditivos. Foi possível aplicar estas intervenções em vários campos de estágio.

Em UCCI deram entrada várias pessoas com o diagnóstico de AVC, e que apresentam diversas alterações da comunicação, tais como, a afasia, a disartria, disfonia, e onde podem ser aplicadas as intervenções preconizadas para este tipo de alterações.

No estágio das especialidades médicas, existiram diversas oportunidades, com várias pessoas, e principalmente com a pessoa escolhida para elaboração do estudo de caso. A pessoa apresentava afasia global, e com a aplicação destas intervenções, primeiramente foi visível uma evolução a nível da compreensão oral, e de seguida, após alguns dias a estimulá-la ao autocuidado, a realizar exercícios musculares, a desenvolver a musculatura facial, e a desenvolver atividades de estimulação sensorial, a pessoa conseguiu exprimir-se por palavras simples e gestos.

Devemos optar por escolher um ambiente calmo, ser paciente durante o processo de reabilitação e recorrer aos familiares sempre que possível. As pessoas doentes encontram-se frágeis, e a família torna-se um abrigo, e um elemento facilitador no decorrer de todo o processo.

Segundo Martins (2006), nos primeiros dias após a ocorrência de lesão cerebral, os quadros afásicos são diversos, e para melhorar a comunicação deve-se utilizar todos os métodos, e formas de comunicação disponíveis. Devem ser criados ambientes calmos, dando tempo à pessoa para responder às interações, exibindo compreensão, e utilizando materiais para otimizar a comunicação.

No início da reabilitação, a interação com estas pessoas é difícil e desafiante. Se a pessoa apresentar uma afasia de compreensão, será difícil perceber que estamos ali, com ela para a ajudar, e quando a afasia se expõe como global, o quadro ainda se torna mais complexo, pois para além, de não compreender, não se consegue exprimir, e descrever aquilo que a incomoda e que a angústia.

Nestes casos, o plano deve ser implementado o mais precocemente possível, tentando assim, minimizar as sequelas da lesão.

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

Para adquirir competências neste domínio traçamos como objetivo específico, *“Habilitar a pessoa com afasia e limitação da sua atividade, para a reintegração na comunidade”*.

Capacitar *“(...) é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. (...) Exercer a capacitação é assim um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material.”* (Reis & Bule, 2017, p. 57).

O foco do nosso trabalho é capacitar e maximizar a função limitando assim, o impacto da incapacidade.

Segundo o Instituto Português da Afasia (2016), estima-se que 40.000 pessoas vivam atualmente com algum tipo de afasia.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a afasia define-se como, um *“...defeito ou ausência da função da linguagem para usar e compreender as palavras”* (2011, p.38).

A fim, de dotar as pessoas de meios para cuidarem de si e trabalharem para a sua reinserção social, desenvolvemos ações autónomas, como treino AVD's, bem como estimulação cognitiva e sensorial (Martins, 2006).

Durante a nossa intervenção, é fundamental que a família também seja considerada um alvo da nossa intercessão. Devem ser avaliadas as suas competências e dificuldades para cuidar da pessoa doente e habilitar os intervenientes a prestar os cuidados (Carinhas, Eusébio, Carvalho, Lopes & Braga, 2013).

O papel do cuidador informal é uma realidade difícil e envolve, muito mais do que apoiar os familiares nas suas atividades diárias.

Muitas famílias precisam de assumir, os cuidados aos seus familiares, em situação de dependência, o que origina *“... sobrecarga física, emocional e socioeconómica para os familiares, que dificilmente conseguem suportar”* (Sequeira 2009, p.16).

A mesma autora referencia que surgem sentimentos de medo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança, e que só podem ser minorizados, se existir uma interferência adequada de enfermagem, sustentada numa relação de ajuda, satisfatória que promova o bem-estar familiar indo de encontro às necessidades e sentimentos (Sequeira 2009).

Os cuidadores informais, que são diretamente envolvidos no processo de reabilitação, são o principal recurso social à disposição dos profissionais de saúde.

Estamos cientes de que os cuidadores são parceiros do cuidado. Esta realidade é mais clara, na nossa profissão, do que em qualquer outra.

Uma abordagem de cuidados centrada na pessoa surge desta parceria. Podemos ajudar a pessoa e sua família, a identificar as suas necessidades (Fernandes, 2011).

De acordo com Meleis (2010), antes, durante e depois de um evento que crie algum tipo de mudança, os enfermeiros enfrentam desafios, quando apoiam uma pessoa, uma família ou uma comunidade a enfrentar desafios.

Neste contexto, a família, o meio envolvente e o grupo social em que se insere a pessoa, têm de ser considerados, desde o começo como parte da intervenção.

A transição da família ou cuidador, para o papel de prestador de cuidados, em contexto domiciliário, é algo cada vez mais frequente.

Todas as transições provocam mudanças e, para compreendê-las, é necessário determinar o seu impacto e significado.

A transição é encarada como um *“...evento de mudança, influenciado por fatores facilitadores e inibidores, caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade e complexidade, que criam diversos significados, determinados pela percepção de cada indivíduo ...”* (Tavares, 2019, p. 24).

A enfermagem deve munir conhecimentos e suporte, às famílias, durante este intervalo de tempo, que é de grande vulnerabilidade (Tavares, 2019).

A nível da comunidade, tal como relatado previamente, foi realizada uma avaliação do ambiente em que a pessoa se encontra inserida. O ambiente deve ser facilitador para a reabilitação, e não deve tornar-se um obstáculo para tal. O ambiente em que a pessoa se insere inclui o domicílio, enquanto espaço físico, e enquanto meio familiar.

Os enfermeiros de reabilitação desempenham um papel importante na reabilitação de pessoas que sofreram um AVC e o seu objetivo é prepará-las para regressar a casa da melhor forma possível (Ribbers & Burshnik, 2018).

Após a avaliação das dificuldades, foi essencial o ensino à pessoa e família sobre os fatores de risco reconhecidos, como as ações a efetuar, de modo a suprimir ou reduzir o seu impacto. Entre os cuidados prestados, os ensinamentos tornaram-se uma ferramenta de enorme importância.

A afasia não só aumenta os obstáculos que dificultam alguns aspetos da vida quotidiana, como a gestão da casa e da família, ou a manutenção de uma carreira, mas também reduz a capacidade de resolução de problemas, codificação dos diálogos, avaliação de problemas, debate e partilha da sua história de vida (Matos, 2012).

Pessoas com afasia apresentam sintomas depressivos, para além da baixa autoestima, fraca

motivação, mudanças na imagem corporal, sentimentos de solidão e isolamento (Johansson, 2012).

A reabilitação da afasia visa prevenir o isolamento social, otimizando a comunicação entre as pessoas, a reinserção na comunidade em que se incorpora, a realização de atividades de lazer, a relação com os amigos e colegas de trabalho.

Os défices na comunicação, na sequência de um AVC, conduzem a diversas alterações na vida quotidiana e na maioria das vezes coincidem com alguma deficiência motora, com alterações sensoriais e emocionais, modificando a função das pessoas, levando a alterações nos seus hábitos e rotinas diárias (Johansson, 2012).

A *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway* (2014), recolheu várias diretrizes para a intercessão, na reabilitação da afasia. Destacam-se algumas, como: pessoas com afasia, e os seus familiares devem receber esclarecimentos sobre o AVC e afasia, para compreender o que está a acontecer, utilizando linguagem adaptada e de fácil compreensão.

O estabelecimento de metas é um processo dinâmico e deve ser continuamente refletido ao longo do processo de cuidado, incluindo o contexto em que se insere a pessoa e a família e os seus desejos.

O programa de reabilitação instituído deve garantir a implicação da pessoa com afasia e da sua família. A reabilitação da afasia deve ser elaborada segundo as necessidades da pessoa, e as dificuldades comunicacionais da mesma. Um programa eficaz também reduzirá o impacto da afasia no funcionamento, na participação e na qualidade de vida.

A reabilitação deve ser direcionada para as necessidades das pessoas e dos seus cuidadores, incluindo informação orientada para as partes.

Perante a realização de um plano de reabilitação, os intervenientes são tomados de estratégias de adaptação e autogestão, com o intuito de retomar ao seu plano diário de vida (AAP, 2014).

No serviço de especialidades médicas, com as pessoas que apresentavam alterações da linguagem, afasia de Broca, de *Wernicke* ou afasias globais efetuámos alguns exercícios para estimativa dos défices, e educação da linguagem, como ler e nomear, exercitar as vogais, fazer contas aritméticas simples ou escrever o nome e palavras acessíveis, que possibilitem o desenvolver do raciocínio, do discurso e da compreensão.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para fortalecer as competências deste domínio delineámos como objetivo específico, *“Melhorar a funcionalidade da pessoa através do treino motor, cardíaco e respiratório”*.

As deficiências existentes, que comprometem a capacidade funcional implicam a independência da pessoa, e estão interligadas ao seu bem-estar.

Para minimizar este risco, o EEER deve intervir junto da pessoa, orientando-a através da aplicação de exercícios físicos e treino específico de AVD's (Miller, 2012).

Neste âmbito, durante os estágios geramos intervenções com a pessoa, no sentido de potencializar as suas capacidades funcionais, levando a um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório. Enfatizando o objetivo de maximizar a função humana, tendo em conta as alterações decorrentes do envelhecimento, que podem afetar o desempenho motor, cardiovascular e respiratório é essencial desenvolver uma preparação física com emprego do fortalecimento muscular e da resistência durante o desempenho nas AVD's, especialmente para o regresso a casa.

Por forma a avaliar a funcionalidade foram empregues diferentes escalas como a de Barthel, a MIF, e a Borg Modificada. Para a potencialização foram desenvolvidas diferentes técnicas, e utilizados os mais variados materiais. No serviço de especialidades médicas recorremos à utilização do espelho quadriculado, para a correção da postura, treino de equilíbrio estático e dinâmico e marcha.

Através da recolha de dados, e de um plano de cuidados individualizado, foram traçados planos de intervenção, de maneira a fortalecer as capacidades da pessoa, maximizando a sua funcionalidade, aplicando as várias escalas de avaliação aprovadas internacional, e nacionalmente (*MMSE, MIF, Berg, Morse*) (Menoita, 2012).

Estes planos foram sempre discutidos com os enfermeiros orientadores, e foi possível, com todos eles, o debate, a organização e permuta de ideias.

Essas escalas são consideradas ferramentas de avaliação e possuem características próprias “... *ser prático, simples de aplicar e produzir resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação*” (Sousa et al., 2017, p.113).

A sua aplicabilidade, no início e no final do processo, demonstra os resultados alcançados dos planos implementados.

Durante o estágio era fundamental realizar uma avaliação funcional da pessoa, bem como reconhecer os seus reais problemas, para delinear intervenções específicas de reabilitação, por forma, a serem praticadas, para conservar ou recuperar a funcionalidade da mesma.

Após a aplicação das intervenções, como a estimulação da pessoa para o autocuidado, treino de AVD's, ou a aceitação do regime terapêutico, foi desempenhada uma avaliação dos resultados e reorganizado o plano de intervenção, ajustado às necessidades inerentes.

Por exemplo, em comunidade, a maior necessidade das pessoas é o treino de atividades de vida. Tal como a alimentação, e a eliminação. As pessoas, em maioria as mulheres sentem necessidade de realizar pequenas atividades em casa, como lavar a loiça, estender roupa, e por isso, realçamos a necessidade de praticar as transferências da cadeira-sanita, cama- cadeira, e vice-versa, o estender a roupa, para exercitar a atividade dos membros superiores.

Em domicílio, nomeadamente, em contexto de UCC, ao planearmos as sessões, abrangemos a educação à pessoa e família, explicámos os exercícios a efetuar, como, quando e o número de vezes que devia praticar.

Ensinámos sobre a fisiopatologia da doença, assim como, as patologias correlacionadas, a relevância da adesão ao tratamento, e a manutenção de hábitos de vida saudáveis, como a atividade de exercício físico, a alimentação equilibrada, a cessação tabágica e a vacinação sazonal.

Em Ortopedia, por exemplo, selecionámos, recomendámos, instruímos e monitorizámos a utilização de artigos de apoio, como a escova de cabo comprido, para ser utilizada nos cuidados de higiene pessoal, a calçadeira para sapatos e botas, o assento de sanita alto, a barra de apoio de chuveiro, o banco de duche e as canadianas.

Nas especialidades médicas, nos doentes com AVC, realizamos as mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas resistidas. Praticamos as atividades terapêuticas como o rolar, os exercícios da ponte, o treino do equilíbrio estático e dinâmico, o sentar, o levantar (Menoita, 2012).

Como primeira abordagem à pessoa executamos uma avaliação inicial, a avaliação neurológica (linguagem, avaliação dos pares cranianos, sensibilidade tátil, algica, propriocetiva e térmica), avaliação da força muscular através da escala MRC e avaliação do equilíbrio, segundo escala de Tinetti.

No início das sessões, utilizamos técnicas de relaxamento, com correção postural no leito, consciencialização respiratória e dissociação dos tempos respiratórios. Seguiram-se intervenções de reabilitação respiratória, respiração com os lábios semicerrados, e expiração forçada, abertura costal e tosse para expulsão de secreções. Seguiu-se o treino do equilíbrio estático e dinâmico sentado, e depois em pé, completando com o treino de marcha, com ou sem andarilho, bem como treino de subir e descer escadas, cerca de 2 lanços de escadas.

As atividades terapêuticas como o rolar, requerem que exista uma ativação dos músculos, logo que exista força muscular para que o padrão de movimento seja alterado. Existe uma rotação dos segmentos musculares, força concêntrica (Huber e Wells, 2009).

Para a consciencialização do hemicorpo afetado, treinamos a facilitação cruzada, colocamos a mesa de cabeceira no lado não – afetado, a televisão ou a janela devem estar do lado afetado, para a pessoa estimular o hemicorpo lesado. Devemos ensinar a pessoa e cuidador a apoiar o membro afetado, nunca o deixar suspenso, e a envolver esse membro em todas as tarefas, estimular a pessoa pelo toque e envolver a mesma e todas as atividades. O treino de marcha era realizado com andarilho, com apoio bilateral ou unilateral.

Em pessoas com AVC, e nas pessoas após cirurgia do foro ortopédico foi prioritário efetuar o treino respiratório para prevenção da estase de secreções brônquicas. Em contexto de AVC, por vezes,

a permanência no leito, reflete-se em vários dias sem efetuar levantar, devido a complicações hemodinâmicas que podem existir. Dá a elevada relevância da reabilitação respiratória. Praticamos a dissociação dos tempos respiratórios, e a respiração abdomino-diafragmática, a reeducação da hemicupula, a reeducação costal seletiva com recurso a banda elástica.

O nosso desempenho, perante a utilização e a relevância dos produtos de apoio é corroborado por documentos oficiais, como o Regulamento das Competências Específicas do EEER e o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

De referir, que embora esta capacidade dos EEER seja reconhecida, em termos de triagem, prescrição, formação e prática com produtos de apoio, a contribuição económica para a aquisição é insuficiente. Todos os produtos estão limitados apenas à prescrição médica (Despacho nº 7197, 2016).

É essencial treinar as pessoas sobre como usar adequadamente os auxiliares de marcha, e garantir a sua manutenção. Para isso, é necessário dominar os diferentes aparelhos, saber escolher o mais adequado para cada pessoa e utilizá-lo de maneira adequada (Carinhas, Eusébio, Carvalho, Lopes & Braga, 2013). Para nós, também foi uma descoberta! No decorrer das aulas práticas foi possível utilizar alguns artigos, e nas diversas instituições, os colegas tiveram a disponibilidade de nos formar sobre a sua utilização.

O aumento da capacidade funcional torna-se das nossas maiores metas. Melhorar a qualidade de vida, tornar a pessoa apta para realizar as funções e as tarefas do dia-a-dia e melhorar a sua capacidade é dos maiores ganhos do nosso trabalho enquanto especialistas em reabilitação.

O envelhecimento da nossa população conduz à diminuição da capacidade funcional, devido aos inúmeros fatores inerentes ao envelhecimento e ao declínio das capacidades físicas, tais como, a diminuição da flexibilidade, da agilidade, da coordenação, da mobilidade articular e, principalmente, do equilíbrio (Cabral, 2014).

A execução de programas de exercício físico, faz parte da atuação dos Enfermeiros de Reabilitação, pois intervimos eficazmente no seio das comunidades.

Para além dos programas de exercício físico, também se torna relevante a nossa atuação a nível da formação. Na comunidade, a formação é vivenciada através da nossa atuação perante os cuidadores.

Ensinar sobre a doença, sobre os seus sintomas, e como atuar, para além das estratégias a nível da estimulação motora e sensorial é fundamental a melhorar a qualidade de vida da pessoa e famílias, tal como a funcionalidade.

Na comunidade foi realizada formação, nomeadamente à família e cuidadores, no que diz respeito, à alimentação. Foram realizados ensinamentos sobre a disfagia, sinais e sintomas, alimentação em pessoas com disfagia, ensinamentos sobre utilização do espessante.

3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Para obter o grau de mestre é necessário demonstrar um nível superior de conhecimentos, numa área científica específica, e demonstrar capacidade para realizar investigação baseada em evidências científicas (Galamba, 2012).

Os Descritores de Dublin são os descritores de Ciclo, desenvolvidos em 2003, e adotados no “Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior” (Dublin descriptors, 2004).

As competências de mestre complementam as aptidões comuns e específicas de um enfermeiro especialista (Decreto-Lei no65/2018 de 16 de agosto de 2018, 2018).

Durante os estágios foram aplicados os conhecimentos teóricos obtidos durante as aulas das diversas disciplinas, e assim, foi possível executar programas de enfermagem de reabilitação, assentes em evidência científica e em conhecimentos divulgados pelos professores, e sob supervisão, dos enfermeiros orientadores.

A execução dos estágios, em diferentes áreas, permitiu-nos o amadurecimento de capacidades específicas, aptidões técnicas e científicas, éticas e humanas para intervir em todos os contextos da nossa prática.

Detivemos aptidão para integrar conhecimento e resolver problemas complexos, expor soluções, e assumir responsabilidades éticas e sociais.

Para além, das experiências essenciais à promoção da comunicação, foi possível o amadurecimento da autoaprendizagem, e autoconhecimento, úteis, para um desenvolvimento pessoal e profissional, gradual e produtivo.

No nosso trabalho, foi possível aplicar a capacidade de otimizar recursos, solucionar problemas e realizar mais pesquisa.

Tal como a nível pessoal, ajudou-nos a melhorar a nossa organização e otimização do tempo disponível para cada atividade diária.

4. AVALIAÇÃO

A redação deste capítulo, certifica e exprime os pontos fortes, as limitações e as dificuldades captadas na execução do relatório de estágio.

Foi realizada assim, uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), com o objetivo de ampliar o nosso autoconhecimento e consciencializarmo-nos para a melhoria da nossa prática de cuidados, sistematizando a reflexão crítica do percurso.

Strengths

A aquisição de conhecimentos para avaliar a pessoa, na sua totalidade, foi fundamental, não destacando apenas a afasia, mas em, como esta atinge a funcionalidade da pessoa.

Saber aplicar os conhecimentos e resolver problemas em vários contextos multidisciplinares tornou-se desafiador. Na experiência vivida em estágio evidenciamos a dedicação que pautou o caminho, e a aquisição de conhecimento.

Foi possível o desenvolvimento de saberes, conquistar a capacidade de mobilizar esses conhecimentos, e de os aplicar corretamente, e aprender a formular juízos, sobre uma determinada realidade.

O projeto possibilitou elaborar um caminho a ser percorrido, para fortalecer as competências essenciais para a aquisição do grau de Mestre e do título profissional de EEER, demonstrando ser uma ferramenta crucial à aprendizagem.

Os conhecimentos que atingimos, no decorrer do primeiro ano do curso, assim como, as pesquisas efetuadas que auxiliaram de suporte à concretização do relatório de estágio, possibilitaram que a nossa intervenção, fosse apoiada em evidência científica.

A possibilidade de ter existido quatro campos de estágio, tornou a experiência mais enriquecedora.

Todos os estágios trouxeram experiências gratificantes e enriquecedoras a nível da Reabilitação, como também a nível profissional, e humano.

Os estágios na comunidade demonstraram a realidade existente fora dos centros urbanos.

A pobreza existente, e a necessidade crescente de cuidados é preocupante. Muitos das pessoas, apesar de terem poucos acessos a materiais, e a serviços, conseguiam com a sua esperança e perseverança enfrentar as dificuldades. O apoio familiar, quando as relações são fortes, é um grande pilar, no processo de transição de saúde- doença.

A comunidade presenteou-nos como um local cheio de oportunidades de intervenção para o EEER, sendo um contexto privilegiado para acompanhar as pessoas e famílias ao longo do seu ciclo de vida, no seu diário.

Uma marca forte deste estágio, em comunidade foi a diversificação de situações (ortopédicas, neuromusculares, respiratórias), tendo sido um local excelente para o desenvolvimento de competências do EEER.

No estágio de ortopedia, a estimulação para o autocuidado é elevadíssima. A equipa de enfermagem ensina, treina e capacita, a pessoa e a família a enfrentar as dificuldades para o retorno a casa. Assim, a pessoa torna-se detentora de ferramentas preciosas, para superar as dificuldades existentes no momento atual, e as outras que possam existir, através da adequação dos conhecimentos aos problemas identificados.

O estágio mais impulsionante a nível físico, foi o estágio de especialidades médicas. Foi neste estágio, que conseguimos presenciar melhorias significativas, desde a sua data de internamento, até a data de alta hospitalar.

Este curso de mestrado encontra - se muito bem elaborado estruturalmente, e oferece aos formandos oportunidades de aprendizagem benéficas.

Weaknesses

A existência de poucos enfermeiros de reabilitação na rede de cuidados continuados, torna a reabilitação dos doentes, mais prolongada, e acarreta menos vagas existentes nas unidades e, também, uma saída mais tardia do internamento hospitalar. O estágio em UCCI foi curto, na nossa opinião, e os horários limitados, o que também se devia ao fato de a enfermeira orientadora também pertencer à gestão da unidade.

Outro aspeto é que a atuação da ECCI abrange uma vasta área geográfica. Tal acarreta, um grande gasto de tempo a nível das deslocações para a realização das visitas domiciliárias. E como a enfermeira orientadora geria a equipa, reduzia para metade, o número de turnos semanais. Tal como, a disponibilidade de a enfermeira integrar mais doentes ser mais reduzida, pela falta de tempo, e pela pouca disponibilidade das viaturas.

Em ortopedia, existiu a limitação de apenas se ter tido contacto com pós-operatórios de cirurgias a próteses totais da anca e do joelho. Não foi possível, por exemplo, o acompanhamento a pós-operatórios de cirurgias à coluna.

Gostaríamos de ter tido a oportunidade de ter uma experiência de reabilitação em pediatria, ou cuidados paliativos. Em pediatria para obtenção de mais conhecimentos, e também, para futuramente, para podermos aplicar com os filhos. E quem sabe, poder surgir alguma oportunidade neste âmbito. Em paliativos, por ser uma área querida, e pelo gosto especial pela mesma. Existe a necessidade crescente de melhorar o fim de vida das pessoas em situações mais vulneráveis. Intervir junto destas só as beneficia, e melhora a função motora, a função respiratória, tal como ser uma excelente psicoterapia, já que o que muitas pessoas precisam também, é de uma palavra, e de uma mão amiga.

É um pouco limitativo, a obrigatoriedade da existência de três campos de estágio obrigatórios, e não ser possível adaptar segundo as nossas expectativas pessoais e profissionais.

Opportunities

Tivemos uma oportunidade excelente, em estagiar, num centro ortopédico de referência a nível nacional. Foi possível, para além, de adquirir competências, a nível da reabilitação em ortopedia, adquirir saberes nesta área cirúrgica. E tivemos, a excelente oportunidade de assistir a cirurgias de prótese toral da anca e joelho, e outros procedimentos cirúrgicos.

O estágio em ECCI possibilitou adquirir saberes acerca da intervenção do EEER na comunidade. Este estágio levou-nos a ultrapassar metas, a intervir com o doente e a sua família, em domicílio, a adaptar os materiais existentes, e sobretudo, a realizar ensinamentos aos cuidadores.

Este ensino clínico permitiu também o desenvolvimento de conhecimentos, sobre a teoria da transição de Meleis, e a adquirir competências de especialista.

A população nesta área geográfica apresenta uma idade avançada e a Enfermagem de Reabilitação é responsável pela capacitação da pessoa idosa e da sua família, melhorando a funcionalidade, reduzindo a dependência e favorecendo a melhoria da qualidade de vida.

Outra oportunidade, foi a escolha do último campo de estágio. Obter a possibilidade de cuidar de um número superior de pessoas com AVC, e de pessoas em situação de afasia, foram os motivos para ser escolhido o serviço de Especialidades Médicas de uma Unidade Local de Saúde, onde a incidência da patologia de AVC é elevada.

Neste serviço foi verificada a elevada relevância da atuação da enfermagem de reabilitação, daí os muitos pedidos de colaboração pelas diversas especialidades médicas existentes no serviço, como oncologia e nefrologia, e a existência de uma diversidade de materiais, que ainda não tinha sido possível a sua aplicação em outros contextos, como o espelho quadriculado, andador de rodas, e elevador “*stand up*”. Foi possível a participação nas passagens de turno, em contexto hospitalar, desde o segundo turno, certificando o seguimento dos cuidados, através das informações referentes às pessoas alvo de cuidados.

Threats

As ameaças focaram-se no tempo de estágio. Por vezes, foi difícil conseguir interligar os horários de trabalho, com dois empregos, em conjunto, com os horários de estágio e do orientador. Tornou-se num desafio a superar.

Outra ameaça foi o cansaço acumulado ao longo do decorrer dos estágios. Tal tornava-se um obstáculo para o correto raciocínio e aquisição de conhecimentos.

CONCLUSÃO

A Enfermagem carece de constante formação, de modo a aprofundar conhecimentos existentes e introduzir novos. A necessidade pessoal e profissional de formação especializada levou-nos a ingressar no curso de Mestrado com especialização em Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração deste relatório de estágio teve como finalidade descrever, avaliar e refletir o percurso de aquisição de competências do grau de Mestre, segundo os Descritores de *Dublin*, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Logo, a abordagem a esta temática movimenta a implicação da Teoria da transição de *Afaf Meleis*, sendo esta, um modelo teórico adaptado à relevância do nosso trabalho, uma vez que, suporta a pertinência do cuidar de pessoas, que se encontram dependentes.

Acreditamos ter sido demonstrada a evolução das competências, através da exposição, estudo e reflexão das atividades realizadas.

Durante os estágios tornou-se importante a aquisição de conhecimentos e técnicas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, bem como no desenvolvimento de competências que, possibilitou prestar cuidados à pessoa com necessidades especiais, tendo em conta o seu contexto, expectativas e problemas.

Os locais onde estagiámos possibilitaram interferir com as pessoas ao longo do seu ciclo de vida, quer em contexto comunitário, quer hospitalar, robustecendo capacidades no âmbito motor, respiratório, cardíaco e cognitivo.

Foi essencial reconhecer quais as implicações da afasia na funcionalidade e realização das AVD's, tendo por base o processo de transição vivenciado pela pessoa.

A Teoria das Transições de Meleis tornou-se necessária para sustentar a composição dos planos de cuidados, e nortear as intervenções, especialmente, no reconhecimento da transição vivenciada pela pessoa, bem como os fatores inibidores ou facilitadores.

As intervenções foram traçadas para a maximização da funcionalidade da pessoa, sendo apreciada o seu progresso no desenvolver do plano de Reabilitação.

A capacitação das pessoas em situação de afasia, e das suas famílias foi um dos objetivos major de intervenção, já que, para além de minorizar a incapacidade concedida, pela alteração da linguagem, maximizamos a funcionalidade.

Devemos continuar a insistir com a pessoa, para desempenhar as suas atividades de vida, pelo que nas restantes horas do dia, após as diversas terapias, cabe ao enfermeiro promover a funcionalidade e independência da pessoa.

Daí a relevância da intervenção conjunta, do terapeuta da fala e do EEER, de forma a fortificar a qualidade, e a seguimento das intervenções.

Na comunicação com doentes com afasia, foram relatadas dificuldades, por parte da equipa de enfermagem, de onde se destaca: a perceção do doente, a validação das mensagens, a ansiedade sentida pela pessoa e pelo profissional, a escassez de tempo, de materiais e de privacidade, os cuidados à família, a identificação exata da afasia e a reconhecimento das estratégias adequadas.

Ainda no âmbito do tema deste Relatório, e comprovado pelos resultados da Revisão *Scoping* é necessária a criação das equipas de Enfermagem que intervenham na comunicação com pessoas com alteração da linguagem.

Do percurso profissional, especialmente em UCC, surgiu o interesse e a importância que deve ser dada pela enfermagem, em integrar nos seus cuidados à pessoa com afasia e família, intervenções que não só reeduem a função cognitiva, mas também que a capacitem para a reinserção social e exercício do seu direito como cidadã.

Futuramente, um objetivo será apresentar as formações realizadas no estágio de Ortopedia, *“Ergonomia e prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas”*, a formação desenvolvida em contexto de UCC, sobre *“Levante e Transferências”* e a formação realizada em comunidade, sobre *“Demência”* no serviço hospitalar onde trabalho e, também na unidade de cuidados continuados.

Nesta unidade, onde ocorreu o estágio também, se pretende continuar as atividades de estimulação cognitiva, e criar um quadro de comunicação aumentativa aliado aos trabalhos já desenvolvidos.

A análise feita acerca das competências obtidas possibilitou lembrar, o começo do primeiro estágio, e realizar uma retrospeção sobre o trajeto cursado, as competências adquiridas na prática clínica, conduzindo a uma atuação mais apropriada e particularizada à pessoa e família.

Como limitação durante a elaboração deste relatório, ressalvo o pouco tempo existente para a implementação das intervenções investigadas, pois também se tornou importante a promoção da saúde nas inúmeras áreas de atuação do EEER.

A existência de pouca componente teórica e prática sobre a temática, como as poucas intervenções indicadas sobre a atuação do EEER à pessoa com afasia tornaram-se no maior obstáculo.

Este relatório torna-se assim, um recurso importante, em especial para o EEER, para viabilizar novos projetos na comunidade.

Para concluir, sugere-se a elaboração de trabalhos de investigação e a implementação de um plano de reabilitação direcionado para a pessoa com afasia, estratégias para a sua família e a integração na comunidade, de forma a polir o papel do EEER, ainda pouco reconhecido sobre este tema.

Sabemos que a comunicação é um dos pilares do cuidado, e que, se não existir uma comunicação eficiente, a reabilitação não é eficaz, por isso, se existirem problemas e défices neste âmbito, devemos intervir, de forma a tornar a pessoa apta a colaborar connosco.

Temos como perspetivas futuras, trabalhar como enfermeira especialista em reabilitação, num centro hospitalar, no norte do país, e se fosse possível, abranger as aldeias isoladas, com programas de exercício e promoção de hábitos de vida saudável, prevenindo assim, a intensificação das alterações existentes no decorrer do envelhecimento destas comunidades e melhorando a qualidade de vida das pessoas que nos ajudaram a crescer.

O aumento da capacidade funcional destas pessoas é um caminho que pode ser traçado, por isso, a importância desta temática deve ser divulgada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amaral, N. (2016). Estimulação Cognitiva, Motora e Sensorial com Idosos no Domicílio. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais Instituto Politécnico de Leiria https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2499/1/Tese_N%C3%A1dia%20Amaral.pdf
- AUSTRALIAN APHASIA REHABILITATION PATHWAY. (2014). Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements <https://www.aphasiapathway.com.au/flux-content/aarp/pdf/2014-COMPREHENSIVE-FINAL-01-10-2014-1.pdf>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2010). Referencial de competências do enfermeiro gestor <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Barbosa, M. M., Guimarães, P., Afonso, R.M., Yanguas, J. & Paúl, C. (2021) Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos. In Joaquim Pinheiro (coord.). Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares, vol. I, pp. 23-35. <http://cda.uma.pt/publications/pub21-001-olhares-v1/Ebook-21-V01-023.pdf>
- Branco, C.; Portinha, S. (2017) Disfagia no Adulto, Da Teoria à Prática. Papa-Letras
- Bright, F., Attrill, S., & Hersh, D. (2021). Therapeutic relationships in aphasia rehabilitation: Using sociological theories to promote critical reflexivity. International journal of language & communication disorders, 56 (2), 234 – 247. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12590>
- Cabral, D. M. G. C. (2006). Supervisão clínica: onde estamos? Para onde queremos ir? Informar (37), 64-70
- Cabral MV, Ferreira PM. Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais [Internet]. Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2014 [cited 2019 Feb 24]. 141 p
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos cuidados de Enfermagem. Vol. 15 Nº1. Lisboa <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>
- Canadian Nurses Association (2019). Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Canadian Nurses Association, Ottawa <https://www.apn-ch.ch/documents/498219/514757/Advanced+Practice+Nursing++A+PanCanadian+Framework.pdf/e8688392-8b31-ff8c-ddd9-f30a6f0c6f37?t=1599208412123>
- Chen, W., Ye, Q., Ji, X., Zhang, S., Yang, X., Zhou, Q., Cong, F., Chen, W., Zhang, X; Zhang, B., Xia, Y., Yuan, T. F., & Shan, C. (2015). Mirror neuron system based therapy for aphasia rehabilitation. Frontiers in psychology, 6, 1665. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01665>
- Cichon, N., Wlodarczyk, L., Saluk-Bijak, J., Bijak, M., Redlicka, J., Gorniak, L., & Miller, E. (2021). Novel Advances to Post-Stroke Aphasia Pharmacology and Rehabilitation. Journal of clinical medicine, 10 (17), 3778. <https://doi.org/10.3390/jcm10173778>

- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação Funcional Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira. & L. Sousa (Eds.). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (pp. 227-252). Loures, Lusodidacta
- Coelho, Diana. (2020) A Comunicação no Doente com Afasia- Intervenções dos enfermeiros de Reabilitação. Porto
- Cordeiro, M. C., & Menoita, E. C. (2014). Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Lisboa: Lusociência
- Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. (2016). Cristina Marques Vieira, Luís Sousa. 1ª Ed. - Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-73-4
- Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto de 2018, Pub. Diário da República: 1a série, nº 157
- Despacho nº 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República nº 74/2009, Série II de 16 de abril de 2009. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Dipper, L., Pritchard, M., Morgan, G., & Cocks, N. (2015). The language-gesture connection: Evidence from aphasia. Clinical linguistics & phonetics, 29 (8-10), 748 – 763. <https://doi.org/10.3109/02699206.2015.1036462>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. (1-52). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2019). Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. Ministério da Saúde
- Faria, A. D. C.A., Martins, M. M., Ribeiro, O., & Gomes, B. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: estudo de caso. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 36-41. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.4.5768>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rist/n19/n19a04.pdf>
- Ferreira, S. (2013). Funcionalidade e Qualidade de Vida em Contexto de Cuidados de Longa Duração. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Educação
- Fisicaro F, Lanza G, Grasso AA, et al. (2019). Repetitive transcranial magnetic stimulation in stroke rehabilitation: review of the current evidence and pitfalls. Therapeutic Advances in

Neurological Disorders. [doi:10.1177/1756286419878317](https://doi.org/10.1177/1756286419878317)

- Frias A, Santos F (2023). _Conceções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. Revista de enfermagem referência
- Galamba, S. (2012). A intervenção do enfermeiro Especialista de Reabilitação na pessoa com doença neurológica com alterações da comunicação. Lisboa
- Galdeano, Luzia & Aparecida, Rossi & Zago, Márcia. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Revista Latino-Americana de Enfermagem
- Godecke, E., Armstrong, E., Rai, T., Ciccone, N., Rose, M. L., Middleton, S., Whitworth, A., Holland, A., Ellery, F., Hankey, G. J., Cadilhac, D. A., Bernhardt, J., & VERSE Collaborative Group (2021). A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEech (VERSE) study. International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society, 16 (5), 556 – 572. <https://doi.org/10.1177/1747493020961926>
- Gomes, E. C. C., Souza, S. L. D., Marques, A. P. D. O., & Leal, M. C. C. (2020). Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 25, 2193-2202 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>
- Guimarães, Msf. Silva (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem. Rio de Janeiro (br) <https://jornaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Haase, Vitor Geraldi, & Lacerda, Shirley Silva. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. Temas em Psicologia, 12 (1), 28-42
- Hesbeen, W. (2003). A Reabilitação: Criar caminhos. Loures: Lusociência
- Hoeman, S. P., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária in Hoeman S., P. (Eds.) Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. (4ª Edição). (1-13). Loures: Lusodidacta
- HUBER, Frances; WELLS, Chris – Exercícios Terapêuticos – Planeamento do tratamento para Progressão. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-11-6
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2021). Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde: 2019. Lisboa: INE, 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bou=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- JOHANSSON, Monica B. Aphasia and communication in every day life – experiences of persons with afasia, significant others, and speech-language pathologists. Uppsala: Uppsala University,

2012. Tese de Mestrado

Leal, A. (2009). Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal. Aveiro. Portugal: Universidade de Aveiro

Levin, T., Scott, B. M., Borders, B., Hart, K., Lee, J., & Decanini, A. (2007). Aphasia Talks: Photography as a Means of Communication, Self – Expression, and Empowerment in Persons with Aphasia. Topics in Stroke Rehabilitation, 14 (1), 72 - 84

<https://doi.org/10.1310/tsr1401-72>

Li, B., Deng, S., Sang, B., Zhu, W., Zhuo, B., Zhang, M., Qin, C., Lyu, Y., Du, Y., & Meng, Z. (2022). Revealing the Neuroimaging Mechanism of Acupuncture for Poststroke Aphasia: A Systematic Review. Neural plasticity, 2022, 5635596. <https://doi.org/10.1155/2022/5635596>

Machado, MC, & da Silva, KCC (2022). A percepção dos académicos sobre a importância da estimulação cognitiva durante o tratamento fisioterapêutico em idosos. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, 11 (14)

Magalhães, C. (2018). Afasias Fluentes. In: Fonseca, J. Afasia e comunicação após lesão cerebral Lisboa: Papa-Letras Editora

Magalhães, C. M. S. (2017). Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa, Porto). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>

Mandrá, P. P., Moretti, T. C. da F., Avezum, L. A., & Kuroishi, R. C. S. (2019). Animal- assisted therapy: systematic review of the literature 31 (3), e20180243. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018243>

Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (465-474). Loures, Lusodidacta

Martins, M. M.; Martins, A. C. & Martins, A. R. (2017). Reeducação Familiar/Social – Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (67-76). Loures, Lusodidacta

Martins, M.M., Ribeiro, O. & Silva, J. V. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 1 (1), 22-29. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>

Martins, T. (2006). Acidente vascular cerebral - Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares

cuidadores. Coimbra: FORMASAU

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. 1ª Edição. Loures: Lusociência
- Musso, M., Hübner, D., Schwarzkopf, S., Bernodussou, M., LeVan, P., Weiller, C., & Tangermann, M. (2022). Aphasia recovery by language training using a brain-computer Interface: a proof-of-concept study. *Brain communications*, volume 4, issue 1, fcac008. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac008>
- Neves, C. S. (2014). *Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura*.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. In *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (pp. 1 – 22). Setúbal
- Nogueira, M. (2003). *Necessidades da família no cuidar: o papel do enfermeiro*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação Porto: Ordem dos enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/eas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamentodospadr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Øra, H. P., Kirmess, M., Brady, M. C., Winsnes, I. E., Hansen, S. M., & Becker, F. (2018) *Telerehabilitation for aphasia - protocol of a pragmatic, exploratory, pilot randomized controlled trial*. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2588-5>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros* <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Pais, C. S. D. M. L. (2023). O papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição saúde-doença (Doctoral dissertation)
- Papathanasiou, I.; Coppens, P.; Davidson, B. (2017). Chapter 1- Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts, Management, and Efficacy in Papathanasiou, I; Coppens, P. (2017). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders (2nd Ed). Jones&Bartlett Learning
- Petronilho, F., Pinheiro, E. & Machado, M.M. (2021). Transições, Promoção de Independência/Autonomia no Autocuidado e do Papel do Cuidador Familiar. In C. Marques Vieira, L. Sousa & C. Baixinho (Eds.), Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda (pp.101-122). Lusodidacta
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas (pp. 67 – 75). Lisboa: Lidel
- Picano, C., Quadrini, A., Pisano, F., & Marangolo, P. (2021). Adjunctive Approaches to Aphasia Rehabilitation: A Review on Efficacy and Safety. Brain sciences, 11 (1), 41. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010041>
- Piccolo, A., Corallo, F., Cardile, D., Torrisi, M., Smorto, C., Cammaroto, S., & Lo Buono, V. (2023). Music Therapy in Global Aphasia: A Case Report. Medicines (Basel, Switzerland), 10(2), 16. <https://doi.org/10.3390/medicines10020016>
- Pordata. (2021b). Índice de Envelhecimento por municípios. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Poslawsky, I., Schuurmans, M.J., Lindeman, E. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. Journal of Clinical Nursing, Vol: 19, Issue: 1-2, pp. 17-32
- Potra, T. M. F. S. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Reis, RD, Pereira, EC, Pereira, MIM, Soane, AMNC, & da Silva, JV (2017). Significados para familiares que convivem com idoso acometido por sequelas de acidente vascular cerebral (AVC)

Interface: Comunicação Saúde Educação, 21 (62), 641-651

Reis, G., Bule, M.J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (57-63). Loures: Lusodidacta

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2019) <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida. (15-23). Loures: Lusodidacta

Santos, J. L. G., & Lima, M. A. D. S. (2011). Gerenciamento do cuidado: Ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Revista Gaúcha Enfermagem, 32 (4), 695-702

SEQUEIRA, P. M. D. (2009). Educação para a Saúde à Família do doente com AVC. Revista Investigação em Enfermagem. Sinais Vitais. Coimbra. Nº 20, (Agost.), pp.15-25

Shafer, J. S., Shafer, P. R., & Haley, K. L. (2019). Caregivers navigating rehabilitative care for people with aphasia after stroke: a multi-lens perspective. International journal of language & communication disorders, 54 (4), 634 – 644 <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12467>

Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards (2004) Dublin.
https://www.museologiaportugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf

Sihvonen, A. J., Leo, V., Ripollés, P., Lehtovaara, T., Ylönen, A., Rajanaro, P., Laitinen, S., Forsblom, A., Saunavaara, J., Autti, T., Laine, M., Rodríguez-Fornells, A., Tervaniemi, M., Soinila, S., & Särkämö, T. (2020). Vocal music enhances memory and language recovery after stroke: pooled results from two RCTs. Annals of clinical and translational neurology, 7(11), 2272–2287
<https://doi.org/10.1002/acn3.51217>

Spínola, A.C.; Amendoeira, J. (2014). O Processo de Cuidados: Análise da conceção dos Estudantes de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. IV Série, n.º 2, p. 163- 170

Silva, Lúcia Marta & Visconde, Virgínia & Guimarães, Heloisa & Savonitti, Beatriz & Silva, Maria. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Revista Latino-americana De Enfermagem

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021). [O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal - SPMI](#)

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. 2016. Lisboa

- Sousa, L., Marques-vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. In C. Marques-vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo vital* (pp. 113 – 121). Lusodidacta
- Sousa LM. Propriedades métricas dos instrumentos de medida em enfermagem de reabilitação: validade, reprodutibilidade e responsividade. Seminário de enfermagem de reabilitação, Hospital Egas Moniz. Lisboa. 2013 <http://hdl.handle.net/10884/1005>
- Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F. R., Lucchese, G., & Pulvermüller, F. (2018). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 89 (6), 586 – 592. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-315962>
- WHO, Stroke Alliance for Europe (SAFE), Plano de Ação para o AVC na Europa (2018) <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I– Plano de Atividades

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Plano de Atividades

Cátia Santos

nº112473

Orientadora: Professora Noélia Ferreira

Almada

2023

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	3
2. PLANO DE ATIVIDADES.....	4
3. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO.....	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
5.BIBLIOGRAFIA.....	15

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º ano do 2º semestre do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz e, no contexto do início do estágio curricular, foi solicitada a realização de um plano de atividades com o intuito de delimitar e planejar objetivos comuns e específicos em sincronismo com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é assistir no processo de recuperação do doente com vista à sua máxima autonomia funcional, mas também no sentido de manter a sua autoestima e qualidade de vida, contribuindo para o desenvolvimento pessoal. O enfermeiro deve ser capaz de elaborar e implementar um programa de reabilitação, que se baseia em intervenções e rotinas de exercícios, que devem ser implementados de modo gradual e individualizado, tendo em conta as capacidades de cada doente, com o objetivo de promover a sua funcionalidade (Santos, J., Martins, M., & Campos, C., 2020).

Serão delineadas intervenções no âmbito da enfermagem de reabilitação para serem aplicadas nos diferentes locais de estágio.

O meu percurso irá realizar-se numa primeira fase, em comunidade, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (ECCI).

Numa segunda fase, a partir de setembro, irei realizar os ensinamentos clínicos em ambiente hospitalar, nomeadamente na área motora.

Com o intuito de possibilitar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER delineei um conjunto de objetivos específicos. Pretendo assim, desenvolver competências no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com afasia tendo em vista a manutenção, recuperação e promoção da sua funcionalidade.

2. PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1. Desenvolver a prática profissional baseada em princípios éticos, deontológicos e evidência científica, garantindo a melhor prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.	
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	A-Responsabilidade Profissional, Ética e legal A1 – Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no seu campo de intervenção A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. D – Desenvolvimento de aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; D 2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.	
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Executar cuidados de enfermagem baseados nos princípios éticos e deontológicos do exercício profissional; ❖ Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio; ❖ Observar a intervenção do EEER e a dinâmica da sua intervenção na equipa multidisciplinar; ❖ Integrar a equipa multidisciplinar nos vários contextos de estágio; ❖ Conhecer os manuais, protocolos, normas, instrumentos, de registo e de avaliação, nos diferentes locais de estágio; ❖ Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais existentes nos diferentes contextos de estágio, que possam ser mobilizados na		❖ Manteve os princípios éticos no decorrer da prática; ❖ Aplicou o raciocínio clínico, baseado nos princípios éticos e deontológicos; ❖ Agiu de acordo com princípios éticos e deontológicos, respeitando a pessoa, nos seus interesses, valores, crenças integrando-as no plano de cuidados; ❖ Participou nos processos de tomada de decisão em equipa. ❖ Realizou cuidados de enfermagem especializados de enfermagem de reabilitação nos diversos campos de estágio.

prestação de cuidados gerais de enfermagem e cuidados de enfermagem especializados em reabilitação; ❖ Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa e família, respeitando os valores, costumes, privacidade, crenças pessoais e religiosas; ❖ Respeitar o direito do acesso à informação e à confidencialidade; ❖ Respeitar e assegurar o direito à escolha e à autodeterminação da pessoa, abstendo-se de juízos de valor; ❖ Demonstrar autonomia e iniciativa na apreciação e tomada de decisão nas situações da prática clínica; ❖ Identificar lacunas de conhecimento e oportunidades pertinentes e investigação; ❖ Contribuir para novos conhecimentos para o desenvolvimento da prática clínica especializada da intervenção do EEER, através da pesquisa em base de dados científica e apresentação de trabalhos desenvolvidos.	
Recursos Humanos e Materiais	<u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar, enfermeiros orientadores, professora orientadora <u>Materiais:</u> Código Deontológico dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, REPE
Critérios de Avaliação	Desenvolve a prestação de cuidados, baseada nos princípios éticos e deontológico
Locais	Todos os locais de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2. Desenvolver projetos na área da especialidade de reabilitação que contribuam para o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade nos diferentes locais de estágio	
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	B - Melhoria da Qualidade B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade. B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.	
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Conhecer a dinâmica, protocolos e normas, nos diferentes locais de ensino clínico; ❖ Identificar necessidades de formação através da realização de reunião com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; ❖ Participar nos projetos de melhoria contínua da qualidade; ❖ Participar em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua desenvolvidos nos serviços, analisar os resultados obtidos e colaborar na implementação de estratégias de melhoria, sempre que necessário; ❖ Identificar fatores de risco que possam comprometer o bem-estar da pessoa e envolver a família/ cuidador para uma prática de cuidados segura.		❖ Demonstrou conhecer a dinâmica, protocolos e normas dos diferentes locais de ensino clínico; ❖ Reuniu com enfermeiro chefe, equipa de enfermagem, e enfermeiro orientador nos diferentes locais de ensino clínico para integrar projetos existentes e identificar necessidades de formação; ❖ Participou em projetos de melhoria contínua da qualidade; ❖ Participou em auditorias de avaliação dos projetos de melhoria contínua implementados nos serviços, analisou os resultados obtidos e colaborou na implementação de estratégias de melhoria; ❖ Identificou fatores de risco que comprometem o bem-estar e a segurança da pessoa; ❖ Envolveu a família na prevenção de fatores de risco e promoveu uma prática de cuidado segura.
Recursos Humanos e Materiais	Humanos: Equipa multidisciplinar, enfermeiros orientadores e professora orientadora, Utente e família/cuidador Materiais: Código Deontológico dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, REPE, Protocolos e normas dos serviços	

Critérios de Avaliação	Integra a equipa multidisciplinar e desenvolver intervenções de qualidade; Participa nos projetos e melhoria contínua da qualidade, na realização de auditorias e na implementação de estratégias de melhoria sempre que necessário.
Locais	Todos os locais de estágio

OBJETIVOS ESPECIFICOS	3. Desenvolver competências na área de gestão de cuidados de enfermagem, otimizando as respostas da equipa de saúde, garantindo segurança e qualidade dos cuidados.	
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	C - Domínio da gestão dos cuidados C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; ❖ Referenciar o utente para outros profissionais de saúde sempre que necessário; ❖ Supervisionar os cuidados em função dos recursos disponíveis e de acordo com as necessidades da pessoa cuidada, garantindo segurança e qualidade; ❖ Gerir os cuidados em função dos recursos existentes e das necessidades do utente/família/cuidador; ❖ Envolver e motivar a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.		❖ Colaborou nas decisões da equipa multidisciplinar ❖ Avaliou as necessidades e referenciou o utente para outros profissionais de saúde envolvendo a equipa multidisciplinar; ❖ Supervisionou e garantiu a segurança e a qualidades dos cuidados delegados; ❖ Geriu os cuidados em função dos recursos e necessidades do utente/família/cuidador; ❖ Apresentou estratégias para envolvimento e motivação da equipa multidisciplinar para os cuidados prestados.

Recursos Humanos e Materiais	Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador; Professora Orientadora Materiais: Código Deontológico dos Enfermeiros, Regulamento das Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, REPE, Protocolos e normas dos serviços
CrITÉrios de AvaliaÇão	Identifica em que medida as estratégias e atividades planeadas e realizadas contrib��ram para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados.
Locais	Todos os locais de estágio

OBJETIVOS ESPECIFICOS	4. Desenvolver uma prática de cuidados especializada de enfermagem de reabilitação, centrada nas necessidades da pessoa cuidada e promotora de segurança e bem-estar nos diversos contextos
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	B – Melhoria da Qualidade B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 – Cria e mant�m um ambiente terapêutico e seguro. D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Mobilizar conhecimentos adquiridos durante as Unidades Curriculares do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação; ❖ Identificar as necessidades formativas individuais e da equipa de Enfermagem; ❖ Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados, relacionada com o tema pessoa com afasia e processo de transição; ❖ Desenvolver a capacidade de pesquisa; ❖ Desenvolver capacidades de reflexão sobre a prática clínica; ❖ Identificar necessidades formativas; ❖ Conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões, à minha reabilitação, capacitação e à autogestão; ❖ Incentivar a formação; ❖ Delinear intervenções especializadas no âmbito da melhoria da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens.		❖ Identificou necessidades formativas individuais e da equipa, mobilizando conhecimentos para as colmatar; ❖ Desenvolveu conhecimentos teóricos em comunicação com a pessoa com afasia e família – fichas de leitura.
Recursos Humanos e Materiais	<u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar, Enfermeiro Orientador; Professora Orientadora <u>Materiais:</u> Bases de dados informáticas (artigos, teses), livros, apontamentos Unidades Curriculares	
Critérios de Avaliação	Consulta as normas e protocolos do serviço; Participa nos projetos; Participa nos cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, dirigidos para a melhoria da qualidade dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar.	
Locais	Todos os locais de estágio	

OBJETIVOS ESPECIFICOS	5. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem e a Teoria das Transições de Meleis
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA UNIDADES DE COMPETÊNCIA	J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; 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; treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Realização de colheita de dados junto do utente e família (entrevista), processo clínico e restantes elementos da equipa multidisciplinar; ❖ Avaliação da pessoa com afasia, utilizando os instrumentos disponíveis; ❖ Formulação de diagnósticos de enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais; ❖ Planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação promotoras da adaptação da pessoa ao processo de transição;	❖ Ter realizado a colheita de dados junto do doente/ utente e família, processo clínico e restantes elementos da equipa multidisciplinar; ❖ Ter utilizado os instrumentos disponíveis para avaliar a pessoa com afasia; ❖ Ter identificado problemas de enfermagem na pessoa com necessidade especiais;

❖ Implementação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais, nomeadamente à pessoa com afasia e família.	❖ Ter planeado intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovam estratégias de adaptação da pessoa ao processo de transição; ❖ Ter implementado um programa de reabilitação à pessoa com necessidades especiais, com ênfase na pessoa com afasia e sua família.
Recursos Humanos e Materiais	<u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar, pessoa e família <u>Materiais:</u> Teoria das Transições. Instrumentos utilizados/disponíveis no serviço: colheita de dados, MIF/MAF, Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, Escala avaliação da afasia (validação portuguesa), Avaliação Neurológica/Pares Cranianos
Critérios de Avaliação	Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados
Locais	Todos os locais de estágio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6. Habilitar a pessoa com afasia e limitação da sua atividade, para a reintegração na comunidade
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA UNIDADES DE COMPETÊNCIA	Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Avaliar a capacidade funcional da pessoa para o autocuidado; ❖ Estabelecer um plano de reabilitação, adequado aos problemas reais e potenciais da pessoa; ❖ Monitorizar a implementação dos programas concebidos; ❖ Criar relações terapêuticas; ❖ Promover ambientes seguros incluindo a diminuição de fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade; ❖ Sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas; ❖ Colaborar na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes organizações.	❖ Ter avaliado o défice de autocuidado; ❖ Ter utilizado escalas de avaliação; ❖ Ter estabelecido programas de reabilitação; ❖ Ter encaminhado para estruturas e equipamentos sociais.
Recursos Humanos e Materiais	<u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar, enfermeiros orientadores e professora orientadora <u>Materiais:</u> Escalas de avaliação

Crítérios de Avaliação	Diagnóstica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos
Locais	Todos os locais de estágio

OBJETIVOS ESPECIFICOS	7. Melhorar a funcionalidade da pessoa através do treino motor, cardíaco e respiratório.	
DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA	Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	
UNIDADES DE COMPETÊNCIA	J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório; J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.	
ATIVIDADES / ESTRATÉGIAS		INDICADORES DE AVALIAÇÃO
❖ Avaliar o défice de autocuidado; ❖ Utilizar escalas como a MIF ❖ Avaliar a capacidade funcional da pessoa para o autocuidado; ❖ Estabelecer um plano de reabilitação, adequado aos problemas reais e potenciais da pessoa; ❖ Monitorizar a implementação dos programas concebidos; ❖ Realizar registos de reabilitação, em suporte word, através de reflexão diária, ou, em sistema clínico informático como o Sclinic ❖ Realizar 1 plano de cuidados de enfermagem de reabilitação e estudo de caso (em cada campo de EC);		❖ Ter avaliado o défice de autocuidado; ❖ Ter utilizado escalas de avaliação; ❖ Ter estabelecido programas de reabilitação; ❖ Ter realizado os planos de cuidados propostos.

❖ Criar relações terapêuticas; ❖ Identificar barreiras arquitetónicas; ❖ Orientar para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e respeito pelas questões ergonómicas; ❖ Conceber sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.		
Recursos Humanos e Materiais	<u>Humanos:</u> Equipa multidisciplinar, enfermeiros orientadores e professora orientadora <u>Materiais:</u> Escalas de avaliação	
Critérios de Avaliação	Diagnóstica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos	
Locais	Todos os locais de estágio	

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano	2023																							
Meses	Maio				Junho				Julho				Setembro			Outubro				Novembro				
Semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Dias		15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27
		19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1
Objetivos	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
Locais deEstágio																								
		RNCCI LATI						ECCI Palmela					Ortopedia			Unidade de AVC Hospital São Bernardo								

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é um profissional de saúde capacitado de conhecimentos, capacidades e estratégias que utiliza em contexto laboral em prol das pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

Este plano de atividades torna-se uma ferramenta orientadora para o planeamento das atividades e objetivos a cumprir durante os ensinamentos clínicos que vão ser desenvolvidos.

5. BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação, 3(2), 36–43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

APÊNDICE II– Estudo de Caso



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação

Estudo de Caso II –Acidente Vascular Cerebral

Discente:

Cátia Santos, nº112473

dezembro, 2023



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Reabilitação

2º ANO 1º SEMESTRE

**Estudo de Caso II -Acidente Vascular
Cerebral**

Discente:

Cátia Santos, nº112473

Docente orientador:

Professora Noélia Ferreira

dezembro, 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas Da Vida Diária

ACM – Artéria Cerebral Média

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

ECG – Eletrocardiograma

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro Reabilitação

EVN - Escala Visual Numérica

FA – Fibrilhação auricular

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

MID – Membro inferior direito

MIE – Membro inferior esquerdo

MIF – Medida de independência funcional

MRC3 - Modified Medical Research Council

MSD – Membro superior direito

MSE – Membro superior esquerdo

NHF - Necessidades Humanas Fundamentais

NIHSS – National Institutes of Health Stokes Scale

RMN – Ressonância magnética nuclear

RTPA – ativador do plasminogénio tecidual recombinante

SpO2 – Saturações de oxigénio

TAC-CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio-encefálica

TEV – Tratamento endovascular

Índice

Introdução.....	26
1. Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação.....	27
1.1. Recolha de dados.....	27
1.3. Alergias.....	27
1.4. Antecedentes familiares.....	27
2. História da doença atual.....	28
2.1. Terapêutica.....	29
3. Instrumentos de Avaliação.....	30
Escala de Barthel.....	30
4. Avaliação neurológica.....	32
Estado mental:.....	32
Pares cranianos.....	32
5. Motricidade: Força muscular, tônus, coordenação motora e sensibilidade.....	36
5.4. Força Muscular.....	38
5.5. Tônus Muscular.....	38
5.6. Coordenação Motora.....	38
5.7. Sensibilidade.....	38
6. Avaliação do Equilíbrio:.....	39
6.1. Escala de Morse.....	39
7. Avaliação da afasia.....	40
8. Plano de cuidados de Reabilitação.....	41
8.1 Plano de cuidados.....	43
8.2 Avaliação:.....	58
9. Considerações finais.....	60
10. Bibliografia.....	61

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Reabilitação, inserida no 2º ano e 1º semestre 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, surge como complemento à avaliação, a elaboração de um Estudo de Caso a realizar no Serviço de especialidades médicas de uma Unidade Local de Saúde.

Segundo o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) “(...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (...) permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

O principal objetivo deste estudo é realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do doente e família, e identificar estratégias e cuidados de reabilitação que melhorem e maximizem a capacidade funcional da pessoa para o autocuidado. Foi elaborado segundo a Teoria da transição de Meleis, que suporta o enfermeiro a auxiliar os doentes a atingirem resultados saudáveis após a doença.

Este trabalho inicia-se pela introdução, seguindo-se do processo de enfermagem, do plano de enfermagem de reabilitação, que elaborado mediante a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o Padrão dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de reabilitação e termina com considerações finais sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Existem ainda alguns anexos de atividades desenvolvidas neste ensino clínico.

As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com a norma de referenciação American Psychological Association (APA) – 7ª edição. Este documento está redigido segundo o novo acordo ortográfico.

1. Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação

Para a implementação de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação é essencial incluir dados obtidos através da anamnese, da análise dos exames complementares de diagnóstico e da implementação de instrumentos de medida (escalas).

1.1. Recolha de dados

- Identificação: C. D
- Idade: 82 anos
- Sexo: Feminino
- Escolaridade: não frequentou a escola
- Estado Civil: viúva
- Situação laboral: Reformada
- Residência: Reside em lar

1.2. Antecedentes pessoais

- Hipertensão arterial
- Diabetes mellitus tipo II
- Fibrilhação auricular
- Insuficiência Cardíaca
- Dislipidémia
- Hiperuricemia
- Insuficiência respiratória em contexto de pneumonia de aspiração

1.3. Alergias

- Sem alergias medicamentosas descritas

1.4. Antecedentes familiares

- Desconhecem-se antecedentes familiares relevantes

2. História da doença atual

A dia 15/10/2023, pelas 8h00 foi encontrada por familiares com alteração da fala e assimetria da face. Foi transportada para o hospital de área de referência, onde foi admitida pelas 9h36, sendo ativada a Via Verde de AVC.

À avaliação no SU constatou-se ao exame neurológico afasia global, hemianopsia homónima direita (perda da visão), olhar preferencial para a esquerda atravessando a linha média, parésia facial direita de tipo central, hemiparésia direita, finalizando um valor de 17 na escala de *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS).

Realizou TAC CE sem evidência de lesão isquémica aguda e angioTAC que detetou uma oclusão do segmento M2 da artéria cerebral média (ACM) esquerda.

Por não apresentar contraindicações, iniciou trombólise com ativador do plasminogénio tecidual recombinante (rTPA) na dose total de 63mg e foi contactado o Hospital, com que está estabelecido o protocolo, por isso, a doente foi aceite para trombectomia endovascular (TEV).

Foi admitida nesse hospital às 12h29 realçando-se ao exame neurológico: pouco colaborante, não respondendo a questões de orientação, não obedecendo a ordens simples, em mutismo, com hemianópsia homónima direita pelo reflexo de ameaça visual, com desvio do olhar para a esquerda ultrapassando a linha média, com parésia facial central direita, e hemiplegia direita com hipotonia do membro superior.

Realizou tratamento endovascular com sistema misto (stent + aspiração), com repermeabilização total. O procedimento decorreu sem intercorrências. Foi admitida na Unidade de AVC para continuação dos cuidados.

À admissão na Unidade desse hospital: eupneica em ar ambiente, saturações de 100%. Cavidade oral com vestígios hemáticos em pequena quantidade, por traumatismo. Apirética, normotensa (TA 113/91mmHg) e normocárdica (FC 59bpm).

Exame físico:

Vígil. Dirigia o olhar ao observador, cumpria ordens simples de forma errática. Em mutismo. Pupilas isocóricas e isorreactivas. Parésia facial central direita. Hemiplegia direita, hipotónica e hiporefléxica.

Não colaborava na avaliação da força do lado contralateral, mas realizava movimentos espontâneos contra a gravidade.

Provas de coordenação impossíveis de testar. Perfazia 25 pontos na NIHSS.

Realizou TAC CE (16/10): Pequena e ténue área de hipodensidade, que pode corresponder a pequena lesão isquémica recente, sem sinais de transformação hemorrágica, sem efeito de massa. Discreta hipodensidade da substância branca periventricular dos hemisférios cerebrais, sem efeito de massa, refletindo leucoencefalopatia isquémica ligeira.

Sequela de enfarte crónico corticossubcortical temporal ínfero-medial posterior e occipital esquerdo, sem outras alterações valorizáveis.

Realizou ECG: Ritmo sinusal com extrassístoles supraventriculares. Bloqueio intermitente do fascículo de Bachman. Repolarização ventricular suspeita de hipocaliémia. Repetiu ECG (a 17/10) que revelou traçado cardíaco de FA.

A dia 17/10 foi transferida para a Unidade de AVC do Hospital da sua área de residência.

2.1. Terapêutica

- Furosemida 40mg 1 comprimido em jejum;
- Ezetimiba 10mg 1 comprimido ao jantar;
- Alopurinol 300mg 1 comprimido ao almoço;
- Bisoprolol 5mg 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Carbonato de cálcio + Colecalciferol 2 comprimidos por dia;
- Cianocobalamina + Piridoxina + Tiamina.

3. Instrumentos de Avaliação

Escala de Barthel (18/10); Reavaliação (2/11)

Descrição dos Itens	Classificação	Pontuação
ALIMENTAÇÃO	10 = Independente 5 = Necessita de ajuda ou dieta modificada 0 = Totalmente dependente	18/10-0 2/11-5
HIGIENE PESSOAL	5 = Independente (Barbear/Pentear/Escovar) 0 = Necessita de ajuda	18/10-0
CONTROLO VESICAL	10 = Contínente 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente (Ou algaliado)	18/10-0 2/11-5
CONTROLO ANAL	10 = Contínente 5 = Acidente ocasional 0 = Incontinente (Ou necessita de clister)	18/10-0 2/11-5
TRANSFERENCIA (CAMA/CADEIRA OU VICE- VERSA)	15 = Independente 10 = Alguma ajuda (Verbal ou física) 5 = Muita Ajuda (pode manter-se sentado) 0 = Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado	18/10-0 2/11-5
MOBILIDADE/DESLOCAÇÃO	15 = Independente (Pode usar ajuda técnica) 10 = Ajuda de uma pessoa (Verbal ou física) 5 = Independente em cadeira de rodas 0 = Imóvel	18/10-0 2/11-10
UTILIZAÇÃO DA SANITA (WC)	10 = Independente (Sentar, levantar, vestir) 5 = Necessita de alguma ajuda 0 = Totalmente dependente	18/10-0 2/11-5
VESTIR-SE	10 = Independente (Incluindo botões, atacadores) 5 = Necessita de ajuda 0 = Totalmente dependente	18/10-0 2/11-5
BANHO	5 = Independente 0 = Necessita de ajuda	18/10-0
SUBIR/DESCER ESCADAS	10 = Independente 5 = Necessita de ajuda 0 = Incapaz	18/10-0 2/11-10

Classificação: 100 – totalmente independente; 99-76 – dependência leve; 75-51 – Dependência moderada; 50-26 – dependência severa; 25 – dependência total.

Fonte: Avaliação Barthel, <https://www.scribd.com/document/325889613/Escala-de-Barthel-1>

Avaliação: A doente supra mencionada, apresenta um grau de dependência total a dia 18/10, momento da primeira avaliação. A dia 2/11, apresentava um grau de dependência moderado.

Medida de Independência Funcional (MIF)

Níveis	7 Independência completa em segurança, e tempo normal	SEM AJUDA					
	6 Independência modificada (ajuda técnica)						
	<u>Dependência modificada</u> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%) <u>Dependência completa</u> 2 Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%) 1 Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)	AJUDA					
DATA:		18/10	23/10	30/10	2/11		
AUTOCUDADOS							
A. Alimentação	1	2	3	3			
B. Higiene pessoal	1	2	3	4			
C. Banho (lavar o corpo)	1	2	2	3			
D. Vestir metade superior	1	2	3	3			
E. Vestir metade inferior	1	1	3	3			
F. Utilização da sanita	1	2	2	3			
CONTROLO DE ESFÍNCTERES							
G. Bexiga	1	1	1	2			
H. Intestino	1	1	2	2			
LOCOMOÇÃO							
I. Leito, cadeira, CR	1	2	3	3			
J. Sanita	1	2	2	3			
K. Banheira, duche	1	2	2	2			
L. Marcha / CR	1	1	2	2			
M	1	2	2				
CR	1	2	2				
M. Escadas							
COMUNICAÇÃO							
A	1	1	1	2			
N. Compreensão	1	2	2				
V		1	1	2			
V Expressão							
NV							

4. Avaliação neurológica

O exame neurológico faz parte integrante da avaliação da pessoa. A avaliação de alterações ou potenciais alterações do estado neurológico pode ser fundamental na intervenção da reabilitação (Menoita, 2012).

Estado mental:

Consciência: Consciente; Glasgow de 13;

Orientação: pelo grau de afasia apresentada, não é possível descrever o grau de orientação da doente;

Atenção: Capacidade de concentração nas atividades que são realizadas diminuída;

Memória: Presente memória remota, pelo reconhecimento dos familiares; défices na memória sensorial e imediata;

Linguagem: Afasia de expressão presente;

Realizado teste de fonação e teste de função dos lábios (pa pa pa), teste de função da língua (ta ta ta) e teste da função da laringe posterior (ca ca ca), aquando da visualização da emissão de sons compreensíveis;

Capacidade prática: Doente não consegue realizar gestos simples;

Negligência unilateral: Não se consegue avaliar, não foi possível realizar a prova de barragem.

Pares cranianos

Não foi possível obter a resposta da avaliação de todos os pares cranianos. Por alterações na comunicação, não se conseguiu obter informação acerca de alterações olfativas. Ao nível dos campos visuais e movimentos oculares, a pessoa aparentemente não apresenta défices. A nível auditivo, apesar de não apresentar resposta verbal, reage quando chamada pelo nome, dirigindo o olhar. É visível a parésia facial central esquerda com apagamento do sulco nasogeniano esquerdo.

Data Avaliação		18/10		2/11	
Par Craniano	Avaliação	Dta	Esq	Dta	Esq
I - Olfativo	Parosmia				
	Anosmia				
	Hiposmia				
	Normal	NA	NA	S	S
II - Ótico	Acuidade visual	Amaurose			
		Ambliopia			
		Normal	S	S	S
	Campo visual	Escotomias			
		Hemianopsia homónima/bitemporal/nasal	S	S	S
		Guadrantanopsia			
		Normal			
III Oculomotor comum	Pupilas	Tamanho (miose=1-2mm; normal=3-5mm; midríase=6-9mm)	3-5	3-5	3-5
		Isocória	S	S	S
		Anisocória			
		Diplopia			
	Ptose palpebral				
	Movimentos conjugados I ↖ ↗ ↘ ↙ ↕ ↔ ↶ ↷		N	N	N
	Nistagmo		N	N	N
IV - Patético	Movimentos conjugados	↘ ↙	N	N	N
V - Trigêmeo	R1 - oftálmico, R2 maxilar, R3 - mandibular				
	Sensibilidade termo-álgica	NA	NA	S	S
	Sensibilidade tátil	NA	NA	S	S
	Reflexo córneo-palpebral	M		M	
	Movimentos de mastigação e abertura da mandíbula	NA		S	

VI Oculomotor externo	Movimentos conjugados		N	N	N	N
VII - Facial	Parésia facial central		N	S	N	S
	Parésia facial periférica		N	N	N	N
	Digeusia (2/3 anterior língua)					
	Ageusia (2/3 inferior língua)		NA		S	
	Sem alteração do paladar		NA			
	Glândulas submaxilares, sublinguais e lacrimais		M		M	
VIII - Estado-Acústico	Equilíbrio	Sentado	Estático	N		S
			Dinâmico	N		S
		Posição de pé	Estático	N		S
			Dinâmico	N		N
	Audição	Teste de Rinne		NA		NA
		Teste de Weber		NA		NA
IX Glossofaríngeo	Digeusia (1/3 posterior língua)		NA			
	Ageusia (1/3 posterior língua)		NA		S	
	Sem alteração do paladar		NA			
X - Vago	Reflexo do vômito		S		S	
	Desvio da úvula		N		N	
	Hipofonia		NA		S	
	Disfonia		NA		S	
	Sem alteração da voz		NA			
XI - Espinhal	Rotação da cabeça contra resistência		N	N	N	N
	Elevação dos ombros contra resistência		N	N	N	N
XII - Grande Hipoglosso	Desvio da língua		N		N	
	Atrofia da língua		N		N	
	Acumulação de saliva fossa piriforme		S		S	
	Sem alterações					
	Rúbrica do EEER		Cátia 18/10		Cátia 2/11	

Legenda: S – sim; N – não; NA – não avaliado; D – Diminuído; A – aumentado; M – mantida

Como foi realizada a avaliação de cada par craniano:

Olfativo (I): O olfato foi testado, pedindo à doente que se identifica substâncias com odores muito específicos (como café ou alho), colocadas sob o nariz. Cada narina é submetida separadamente ao teste. Foi de difícil avaliação, devido à afasia, só a 2/11 com expressões faciais e palavras simples já emitidas foram detetáveis alterações.

Ótico (II): A visão foi testada pedindo à doente que seguisse o dedo em direção ao centro de visão de cima, de baixo, da esquerda e da direita. A pálpebra superior é verificada quanto à queda (ptose). A doente não seguia com atenção os dedos.

Oculomotor (III): A capacidade de mover cada olho para cima, para baixo é testada ao pedir à doente que seguisse o dedo. Na doente verificou-se presença de midríase (7mm) no olho esquerdo, diâmetro normal (4 mm) da pupila no olho direito. Ambas as pupilas com forma redonda.

Patético ou Troclear (IV): A capacidade de mover cada olho para baixo e para dentro é testada ao pedir à pessoa que siga um alvo movida. Na doente verificou-se défice.

Trigêmeo (V): Foi testada a sensação em áreas da face com algodão.

O reflexo de pestanejar é testado, tocando-se a córnea do olho com um pedaço de algodão.

São testados força e movimento dos músculos da mandíbula ao pedir à doente que aperte os dentes e sorria. Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida nas três divisões do nervo. Reflexo- córneo-palpebral mantido no olho direito e esquerdo (existe lacrimejo e pestanejo).

Capacidade para encerrar e mover a mandíbula mantido no lado esquerdo e direito. Movimentos de mastigação mantidos simetricamente.

Oculomotor- externo (VI): A capacidade de mover cada olho, além da linha central, foi testada ao pedir que a doente se olha para o lado.

Facial (VII): Foi pedido à doente para sorrir, abrir a boca e mostrar os dentes e fechar os olhos.

O paladar é testado através de substâncias doces (açúcar), ácidas (limão), salgadas (sal) e amargas.

Estató-acústico (VIII): O equilíbrio é testado, pedindo à pessoa que caminhe sobre uma linha reta.

Glossofaringeo e Vago (IX e X): Pediu-se para à doente para engolir. Pediu-se à doente para tentar falar para verificar se a voz sai anasalada. Não foi possível a avaliação, a doente apresenta défices na deglutição.

Espinal (XI): Pediu-se à doente para girar a cabeça e encolher os ombros contra a resistência realizada.

Grande- Hipoglosso (XII): Pede-se à pessoa para colocar a língua para fora e observa-se um desvio para um lado ou outro.

5. Motricidade: Força muscular, tônus, coordenação motora e sensibilidade

	SEGMENTO	MOVIMENTO	SENSIBILIDADE				TÓNUSS (Escala de Ashworth modificada)		FORÇAMUSCULAR (Escala de Lower)	
			Extereroceptiva		Proprioceptiva					
			Tátil	Termo álgica	Pressão	Postural				
MSD	Escapuloumeral	Flexão	M	M	M	N			1/5	2/5
		Extensão								
		Adução					2	1		
		Abdução								
	Cotovelo	Flexão	M	N	N	N				
		Extensão					3	2		
	Punho	Flexão	N	N	N	N				
		Extensão					3	2		
MSE	Escapuloumeral	Flexão	M	M	M	M			4/5	5/5
		Extensão					0	0		
		Adução								
		Abdução								
	Cotovelo	Flexão	M	M	M	M	0	0		
		Extensão								
	Punho	Flexão	M	M	M	M	0	0		
		Extensão								
Data:			18/10		2/11		18/10	2/11	18/10	2/11
Assinatura do EEER:			Cátia				Cátia		Cátia	

	SEGMENTO	MOVIMENTO	SENSIBILIDADE				TÓNUST (Escala de Ashworth modificada)		FORÇA MUSCULAR (Escala de Lower)	
			Extereroceptiva		Proprioceptiva					
			Tátil	Termo álgica	Pressão	Postural				
M I D	Coxo femoral	Flexão	M	M	N	N			2/5	4/5
		Extensão								
		Adução					1	0		
		Abdução								
	Joelho	Flexão	M	M	N	N	1	0		
		Extensão								
	Tíbio társica	Dorsiflexão	M	M	N	N				
		Extensão					2	0		
M I E	Coxo femoral	Flexão	M	M	M	M			4/5	4/5
		Extensão					0	0		
		Adução								
		Abdução					0	0		
	Joelho	Flexão	M	M	M	M				
		Extensão								
	Coxo femoral	Dorsiflexão	M	M	M	M	0	0		
		Extensão								
Data:			18/10	2/11			18/10	2/11	18/10	2/11
Assinatura do EEER:			P.F. Cátia				Cátia		Cátia	

Cervical

SEGMENTO	MOVIMENTO	TÓNUS (Escala de Ashworth modificada)		FORÇA MUSCULAR (Escala de Lower)			
	Extensão	4	2			2/5	4/5
	Flexão						
	Rotação						
Data:		18/10	2/11	18/10		2/11	
Assinatura do EEER:				Cátia			

5.4. Força Muscular

No sentido de avaliar a força muscular da doente foi aplicada a Escala de Força Muscular MRC3 (Medical Research Council, 1976). Avaliada com um grau 1, a nível do membro superior direito, ou seja, esboço de contração visível, mas sem movimento. A dia 2/11, reavaliada com um grau 2, contração fraca, com eliminação da gravidade.

5.5. Tónus Muscular

No sentido de avaliar o tónus muscular da doente, foi aplicada a Escala Modificada de Ashworth. A dia 18/10, a nível do membro superior direito, apresentava grau 2, com aumento do tónus em mais de metade do arco do movimento. A dia 2/11, após realização de vários dias de realizações passivas, a doente apresentava, no mesmo segmento, um grau 1, com discreto aumento do tónus, com alguma resistência no final do movimento.

5.6. Coordenação Motora

De forma a avaliar a coordenação motora da doente, foi aplicada a prova Index-nariz e a prova Calcanhar- Joelho (Menoita et al.; 2012).

A doente não apresenta coordenação motora. Não consegue compreender a velocidade do movimento, nem reconhecer a posição do braço direito relativamente ao resto do corpo (cinestesia).

5.7. Sensibilidade

No dia 18/10 foi avaliada a sensibilidade corporal da doente (Menoita et al.; 2012). A doente apresentava sensibilidade tátil a nível do hemicorpo afetado.

6. Avaliação do Equilíbrio:

O índice de Tinetti classifica o equilíbrio sentado e em pé e a marcha. Esta escala avalia o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico na posição sentada e em pé.

Na primeira parte foi avaliado o equilíbrio estático e dinâmico nos nove subtópicos (sentado na cadeira, levantar, em pé o equilíbrio imediato, pequenos desequilíbrios na mesma posição, de olhos fechados na mesma posição, girar sobre si mesmo, apoio unilateral e sentar). A doente apresentou um score inicial de 1/16 antes da implementação do programa de reabilitação, com alterações evidentes no equilíbrio estático e dinâmico.

Ao longo do programa obteve-se com evolução positiva no ganho de equilíbrio, principalmente em posição sentada. A dia 2/11 apresentava equilíbrio estático e dinâmico sentado. Em pé, com vários défices, sem equilíbrio dinâmico. Apresentou assim, um score total de 10/16.

6.1. Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale</i> Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil	Pontos
1. Histórico de quedas	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Auxílio na deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Muletas/Bengala/Andador	15
Mobiliário/Parede	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Fonte: <https://www.portalenf.com/2016/11/escala-risco-queda-morse/>

Avaliação

O status total na escala de morse é 50 a dia 18/10. A dia 2/11, após implementação do plano de cuidados de reabilitação, o score na escala de morse subiu para 65, já que a doente apresentava uma marcha cambaleante e com elevado risco de queda, por se tentar levantar sozinha.

Foi avaliado o equilíbrio corporal associado ao Risco de Queda, com a aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg-EEB, que avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico.

A 18/10, data da primeira avaliação, a pontuação é de cerca 4 pontos, devido à imobilidade e aos défices apresentados pelo AVC. Após o plano ser implementado, e a 28/10, a pontuação sobe para 16.

A 2/11, através da escala é pontuada com 24. Com a melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, o risco de queda diminui consideravelmente. Apesar da doente da melhoria o risco de queda continua alto, devido ao défice na marcha apresentado.

7. Avaliação da afasia

Tipos de afasia	Fluência	Compreensão	Nomeação	Repetição	Afasia detectada
Global	Não fluente	perturbada	perturbada	perturbada	X
Broca	Não fluente	normal	perturbada	perturbada	
Transcortical mista	Não fluente	perturbada	perturbada	normal	
Transcortical motora	Não fluente	normal	perturbada	normal	
Wernicke	fluente	perturbada	perturbada	perturbada	
Condução	fluente	normal	perturbada	perturbada	
Transcortical sensorial	fluente	perturbada	perturbada	normal	
Anómica	fluente	normal	perturbada	normal	

8. Plano de cuidados de Reabilitação

A doente envolvida neste processo de reabilitação, a Sr. C.D., apresenta elevados défices para o autocuidado, em que o objetivo inicial é habilitá-la e capacitá-la para que seja minimamente autónoma no domicílio.

Os diagnósticos indicados foram desenvolvidos após uma avaliação individualizada e pormenorizada, recorrendo a instrumentos de avaliação, como as escalas, que comprovam a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A Sr. C.D. no início, não participou ativamente no processo de reabilitação devido aos défices neurológicos apresentados, e ao grau de afasia avaliado.

Segundo Meleis (2020), o processo de transição tem início, quando a pessoa tem alguma consciência das mudanças que estão a ocorrer. Se as mudanças forem negadas, porque não foram integradas na consciência, a pessoa ainda não se encontra em processo de transição. Por isso, só foi possível obter progressos, quando a doente conseguiu perceber o que estava a acontecer, e que a estávamos a ajudar a readquirir algumas das funções que tinha perdido após o AVC.

A transição saudável acontece quando os sentimentos de ansiedade iniciais são substituídos pela sensação de bem-estar. O bem-estar emocional e as relações interpessoais são indicadoras de uma transição saudável, tais como, a qualidade de vida, a adaptação às mudanças e a capacidade funcional (Silva, et.al.; 2019).

Na pessoa com afasia, todos estes indicadores são importantes para o sucesso no processo de reabilitação. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam a transição saudável da pessoa em situação de afasia e da sua família (Silva, et.al.; 2019).

Os objetivos e intervenções de reabilitação realizadas tem enfoque nos diagnósticos de mobilidade comprometida, défice do autocuidado alimentar-se, higiene pessoal, assim como, continência urinária e intestinal comprometidas, resultante das alterações neurológicas identificadas devido ao AVC.

A realização de um plano de cuidados requereu uma revisão contínua, e a necessidade de alterações ao longo do ensino clínico, de acordo com as avaliações realizadas e implementação do plano.

Os objetivos propostos foram traçados junto da doente, diariamente, tendo em conta a prevenção de complicações, a promoção de conforto, alívio da dor, e a diminuição do nível de dependência, promovendo o autocuidado.

Na avaliação final do processo de reabilitação são identificados os ganhos resultantes das intervenções estabelecidas, manifestadas através da validação das respectivas escalas.

O objetivo da reabilitação durante a fase aguda é estimular o potencial para a recuperação funcional.

O'Sullivan (2004) refere como objetivos da reabilitação na fase aguda:

- A melhoria da tolerância à atividade;
- Aperfeiçoamento da posição ortostática;
- A manutenção da mobilidade e integridade articular;
- A melhoria do controlo motor e da aprendizagem motora;
- A melhoria do controlo do tronco e equilíbrio;
- Aumento da resistência e força muscular.

8.1 Plano de cuidados

Diagnóstico	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	Avaliação
18/10/2023 Mobilidade Comprometida: Relacionado com alterações neurológicas Manifestado por: - Parésia do hemicorpo direito Grau 1/2 de acordo segmentos/mobilizações avaliados (Medical Research Council Muscle Scale); - Espasticidade grave do hemicorpo direito, Grau 4 no MSD e 2 no MID (Escala Ashworth Modificada);	Resultado Esperado: - Que a doente recupere a mobilidade adequada ao seu potencial de recuperação; - Que seja corrigida a postura corporal sentada; - Que a doente melhore a força muscular relativamente à avaliação inicial; (Medical Research Council Muscle Scale) - Que seja corrigido o padrão espástico com evolução do tónus;	- Apresentar-me diariamente, explicar os exercícios de Reabilitação, pedir a sua autorização e encorajar a sua participação (período de repouso na cama posteriormente à sessão como compensação por participação nos exercícios); - Promover ambiente adequado (ambiente calmo do quarto, com temperatura amena e musicoterapia com estilo musical de fado); - Avaliar/Monitorizar tensão arterial e FC antes e após a Reabilitação; - Executar técnica de posicionamento de padrão antispástico; - Iniciar a sessão de reabilitação pelo hemicorpo esquerdo; - Realizar mobilizações ativas assistidas no hemicorpo esquerdo em todos os segmentos (1 sessão de 10 repetições); - Realizar mobilizações passivas no hemicorpo direito em todos os segmentos (1 sessão de 10 repetições); - Incentivar a sua participação através da	28/10 A doente ainda não possui postura sentada, mantém elevado grau de espasticidade e dor na realização de mobilizações ativas-assistidas. 2/11 A doente melhorou a sua postura sentada, melhorou o seu equilíbrio estático e dinâmico na posição sentada, aumentou a sua força muscular, e reduziu a espasticidade e rigidez,

		contagem das repetições; - Proporcionar a tolerância da sessão: • Conscencializar sobre o controlo da respiração; • Instruir/treinar sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios (inspiração pelo nariz e expiração pela boca), • Incentivar a expiração com os lábios semicerrados (minimizar a dor); - Realizar atividades terapêuticas 1 sessão de 5 repetições (momento dos cuidados perineais e substituição de fralda): • Facilitação cruzada (pedindo o creme,entre outros objetos presentes na sua mesa de cabeceira), • Rolamento, • Ponte. - Executar/Treinar/Instruir exercício de equilíbrio estático sentada - Executar/Treinar/Instruir técnica de transferência da cama para cadeira de rodas, corrigindo a postura corporal; - Proporcionar base de acrílico para correção do padrão espástico do MSD; - Instruir/Treinar sobre automobilizações (elevação); - Instruir/Treinar exercícios de motricidade fina	principalmente a nível da cervical. A doente nesta data era capaz de realizar automobilizações no leito, e ajuda nas transferências
--	--	---	---

		recorrendo a utensílios existentes no serviço	
18/10 Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular	Resultados esperados: - Melhoria da força muscular; - Diminuição da espasticidade; - Redução dos riscos da imobilidade.	- Executar técnicas de fortalecimento muscular, com recurso a exercícios isotónicos; - Executar técnicas de fortalecimento muscular, com recurso a exercícios isométricos (glúteos, abdominais, isquiotibiais); - Dorsiflexão plantar; - Avaliar movimento muscular, com recurso à escala MRCm; - Executar mobilizações passivas, do membro superior lesado e cervical, ativas assistidas e ativas resistidas dos restantes segmentos; - Instruir exercícios musculares; - Treinar exercícios musculares.	28/10 A doente ainda não possui conhecimento da importância das técnicas de exercício muscular 2/11 Aumento da força muscular.
18/10/2023 Défi� do autocuidado: - Alimentar-se: Relacionado com alterações neurológicas Manifestado por:	Resultado Esperado: - Adequar a ingestão de alimentos e água. - Realizar a ação de alimentar-se com supervisão, se necessário utilizando dispositivos auxiliares.	- Instruir/Treinar posicionamento durante as refeições (posição sentada, alinhamento corporal); - Reeducação da função motora - Exercícios orofaciais: ☐ Lábios ☐ Língua	28/10 A doente foi desentubada, porem acumula comida no canto da boca e tem bastante perda de saliva (sialorreia),

Incapacidade de alimentar-se, presença de Sonda nasogástrica (Escala de Medida de Independência Funcional) Potencial para melhorar conhecimento para alimentar-se Potencial para melhorar capacidade para alimentar-se	- Melhorar o conhecimento para alimentar-se - Melhorar a capacidade para alimentar-se	☐Mandíbula ☐Laringe ☐Bochechas - Estimulação sensitiva motora: ☐Variação de sabores ☐Alteração do volume ☐Estimulação térmica e tátil ☐Massagem Estratégias facilitadoras da deglutição (a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição) - Adaptação da consistência alimentar ☐Uso de espessante ☐Dieta adaptada (mole, pastosa, picada) - Adaptação postural ☐Flexão cervical ☐Rotação cervical para o lado afetado ☐Flexão lateral para o lado são - Manobras facilitadoras da deglutição - Instruir/Treinar a realizar o autocuidado alimentar-se com o MSE (pegar no talher corretamente); - Proporcionar dispositivos facilitadores ao autocuidado alimentar-se (superfície antiderrapante debaixo do prato, prato com	dificuldade na mastigação 2/11 A doente era capaz de se alimentar e hidratar por via oral. Alimentava-se de uma dieta pastosa. Com ajuda, após a preparação dos alimentos, a esta data era capaz de se alimentar com o membro superior não afetado
--	---	---	--

		rebordo e copo adaptado); - Incentivar o reforço positivo; - Proporcionar períodos de pausas entre os diversos pratos (sopa, carne/peixe e fruta); - Incentivar a ingestão de água (1l a 1,5l/dia); - Avaliar/Monitorizar a capacidade de participação no autocuidado de acordo com a Escala MIF. - Higiene oral	
18/10/2023 Ventilação Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas respiratórias	Resultado Esperado: - Ventilação eficaz - Auscultação pulmonar limpa, sem ruídos adventícios - Spo2 estáveis	- Executar técnicas para otimizar a respiração (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação costal global, drenagem postural) - Treinar técnicas de otimização da respiração; - Aspiração de secreções, quando necessária	28/10 Secreções audíveis no lobo superior do pulmão direito, necessidade de aspiração após técnicas de cinesiterapia respiratória 2/11 Melhoria da respiração e diminuição das secreções;

			Sem sinais de dificuldade respiratória.
18/10/2023 Continência urinária e intestinal comprometida: Relacionado com alterações neurológicas Manifestado por: Incapacidade de verbalizar vontade de urinar/evacuar e conseguir deslocar-se à casa de banho, necessitando de ajuda máxima (Escala de Medida de Independência Funcional)	Resultado Esperado: - Conseguir desalgaliar a doente - Diminuir as perdas fecais na fralda.	- Monitorizar padrão de eliminação vesical (quantidade e características da urina); - Monitorizar a eliminação intestinal (padrão e características das fezes); - Monitorizar a ingestão de água; - Proporcionar idas recorrente à casa de banho para treino de hábitos e do reflexo gastrocólico na eliminação intestinal (antes/após as refeições e antes de dormir); - Avaliar/Monitorizar a capacidade de controlo de esfíncteres da doente no autocuidado de acordo com a Escala MIF.	29/10 A doente foi desalgaliada, urina em bastante quantidade na fralda 2/11 Após a desalgaliação e treino de hábitos e rotinas diárias, a doente urinava apenas na fralda durante o período noturno.
18/10/2023	Resultado Esperado durante todo o internamento: - Que a doente não desenvolva UPP	- Vigiar/manter integridade cutânea: • Pele sem humidade e hidratada,	30/10 Presença de maceração, devido à

Risco elevado de desenvolver úlceras por pressão (Score 14 na Escala de Braden) Relacionada com alterações neurológicas: Manifestado por: Mobilidade comprometida.	durante o internamento	• Aliviar zonas de pressão, alternando decúbitos (3/3 horas) - Utilizar dispositivos de suporte para alívio de pressão (colchão, almofada); - Avaliar/Monitorizar o risco de lesão por pressão pela Escala de Braden	humidade causada pela fralda 2/11 Sem presença de úlceras por pressão nem lesões por humidade
18/10/2023 Risco elevado de queda	Resultado Esperado: - Que a doente não apresente quedas registadas.	- Gerir ambiente físico seguro; - Proporcionar medidas de segurança (grades na cama, contenção física em cadeirão/ cadeira de rodas); - Evitar longos períodos em cadeira de rodas sem supervisão; - Otimizar a posição sentada (alinhamento corporal); - Avaliar/monitorizar o risco de queda, pela Escala de <i>Morse</i>; - Avaliar/Monitorizar: • Força muscular (Medical Research Council Muscle Scale) • Equilíbrio	2/11 O risco de queda aumentou após a primeira avaliação, devido à melhoria da funcionalidade. Nesta altura, a supervisão teve de ser acrescentada.
18/10/2023	Resultado Esperado:	- Avaliar técnica de adaptação para transferir-se;	25/10 A transferência

Transferir-se comprometido Potencial para melhorar capacidade para transferir-se	Transferir-se de forma eficaz Melhorar a capacidade sobre técnicas para transferir-se	- Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se: No leito - Rodar o tronco para o lado afetado, colocar as pernas fora do leito, apoiando o cotovelo afetado na cama. Elevar o tronco até à posição sentada com os pés apoiados no chão; Técnica de transferência: colocar o cadeirão junto à cama (ângulo 30º), com as rodas travadas. Apoiar o braço sã no cadeirão, rodar (travar os joelhos da pessoa) e sentar no cadeirão. - A transferência para a cama segue os mesmos passos, mas em sentido inverso	é realizada apenas com auxílio de uma pessoa 2/11 A capacidade de se transferir melhorou progressivamente.
18/10/2023 Potencial para melhorar o conhecimento para técnica de adaptação do autocuidado transferir-se	Resultado Esperado: Transferir-se de forma eficaz	- Avaliar capacidade sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se; - Treinar sobre técnica de adaptação para transferir-se;	2/11 Necessita de ajuda na transferência da cama para cadeira, e da cadeira para a cama.
18/10/2023 Pôr-se de pé comprometido	Resultado Esperado: - Consegue levantar os membros superiores e inferiores; - Passa da posição de deitado para sentado; - Passa da posição de sentado para de pé; - Consegue sustentar o peso do corpo	- Avaliar a pessoa a pôr-se de pé; - Instruir a pessoa a pôr-se de pé; - Orientar a pessoa a pôr-se de pé; - Incentivar a pessoa a pôr-se de pé;	25/10 A doente não consegue sentar-se na cama de forma eficaz. 2/11

	em pé.		A pessoa precisa de ajuda dos profissionais a pôr-se de pé.
18/10/2023 Andar comprometido	Resultado Esperado: Que a doente ganhe força a nível dos membros inferiores; Que obtenha equilíbrio dinâmico ortostático; Que se desloque de maneira eficaz e sem quedas	- Avaliar capacidade para andar; - Instruir sobre técnica de adaptação para andar; - Instruir sobre andar: 1º membro : apoiar a mão sã no corrimão; 2º membro : membro inferior parético; 3º membro : : membro inferior sã. - Treinar a técnica de adaptação para subir e descer escadas. - Avaliar a força muscular, utilizando a Escala de Força Muscular MRC; - Avaliar o Tónus muscular, através da Escala Modificada de Ashworth; - Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;; - Ensinar, instruir e treinar a técnica de andar;	28/10 Foi iniciado treino de marcha com apoio de terceiros, e andarilho, após ser possível visualizar evolução e melhoria da força dos membros inferiores e equilíbrio estático em pé 2/11 A esta data, a doente apresentava uma marcha cambaleante, com necessidade de
Potencial para melhorar capacidade para andar	Melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para andar;	Capacitar a utente a realizar carga e auxiliar com o membro inferior não parético;	

	Melhorar a capacidade sobre técnica de adaptação para andar	Corrigir a postura na posição ortostática com consciencialização da respiração; Capacitar a utente a dar pequenos passos com o membro não parético, fornecendo apoio no membro parético; Solicitar à utente que mantenha o membro inferior parético esticado na posição ortostática; Auxiliar a utente a avançar com o membro inferior parético, assentando primeiramente o calcanhar no chão e posteriormente a planta do pé/dedos; Solicitar à utente para permanecer com os pés à largura da cintura, de forma a manter uma base de sustentação segura.	ajuda de terceiros. Porém é positivo, pois a força muscular aumentou e o equilíbrio estático em pé evoluiu.
18/10/2023 Potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha Potencial para melhorar conhecimento para andar com auxiliar de marcha	Resultado Esperado: Que a doente tenha conhecimento da existência de auxiliares de marcha Que a doente seja capaz de utilizar auxiliares de marcha	- Avaliar conhecimento sobre auxiliares de marcha; - Avaliar capacidade de andar com auxiliar de marcha; - Ensinar a andar com auxiliar de marcha.	28/10 A doente não apresenta conhecimento sobre técnica de andar com auxiliar de marcha 2/11 A esta data a

			doente era capaz de andar com andarilho, com apoio
18/10/2023 Alterações da comunicação Afasia global	Resultado Esperado: - Promover uma comunicação eficaz. - Estabelecer padrão de comunicação eficaz com a doente	- Promover um ambiente calmo - Comunicar com a doente dentro do seu campo visual - Elaborar frases curtas e com uma única ideia - Recorrer a estratégias de comunicação (mímica, gestos, escrita, imagens e códigos, cores) - Treino da fonação, treinando bocejos e sorrisos - Realizar exercícios de reeducação da musculatura facial	26/10 A doente compreende o que lhe é dito, cumpre ordens simples, mas ainda não percebe a necessidade dos cuidados que lhe são prestados 2/11 Mantem afasia de expressão. São perceptíveis sons e palavras simples como “não” e “sim”. A nível de compreensão a doente melhorou bastante colaborando assim nos cuidados
18/10/2023 Dor (Escala Visual Analógica)	Resultado Esperado: - Que a doente não manifeste dor aquando da Reabilitação	- Monitorizar e vigiar a dor através das escalas disponíveis;	28/10

	motora.	- Estratégias não farmacológicas, tais como: massagem, técnicas de relaxamento; - Otimizar posicionamentos.	A doente apresenta dor nas mobilizações 2/11 A doente é capaz de comunicar por sons ou gestos quando tem dor e qual o local. É administrada com menos frequência medicação analgésica.
18/10/2023 Equilíbrio diminuído Equilíbrio estático e dinâmico comprometido	Resultado Esperado: - Que a doente melhore o seu equilíbrio estático e dinâmico em posição sentada e posição ortostática; - Melhorar o conhecimento sobre a técnica de equilíbrio corporal; - Melhorar capacidade sobre a técnica de equilíbrio corporal.	- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala (Índice de Tinetti); - Avaliar equilíbrio corporal (equilíbrio estático e dinâmico sentada e ortostático); - Estimular a manter equilíbrio corporal sentada (correção postural); - Executar técnica de correção postural; - Exercício de equilíbrio estático sentado (sentada na cama com as mãos apoiadas na cama e os pés no chão; sentada na cama com os braços esticados para a frente e para a esquerda/ direita) e dinâmico sentado (induzir ligeiro balanço nos ombros da	26/10 Não apresenta equilíbrio dinâmico sentado. 2/11 Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado.

		peessoa de forma que esta compense o movimento; induzir ligeiro balanço com bola suíça nas costas); - Exercício de equilíbrio estático de pé (de pé com braços ao longo do tronco, de pé com braços estendidos, de pé com os olhos fechados) e dinâmico de pé (exercícios realizados ao fundo da cama com apoio: alternância de carga nos membros inferiores, flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral da perna (em abdução)	Apresenta equilíbrio estático em pé. Equilíbrio dinâmico em pé comprometido. A doente tem capacidade para melhorar o potencial E tem perceção da importância dos exercícios realizados.
18/10/2023 Parésia facial central	- Evitar a atrofia das fibras musculares; - Facilitar na fala; - Auxiliar na mastigação dos alimentos; - Diminuir a sialorreia.	Exercícios faciais: Boca: - Assobiar, encher a boca de ar, baixar o lábio inferior, sorrir, mostrar os dentes. (5x cada) Olhos: - Unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos com força (5x cada)	26/10 Evidente apagamento do sulco nasogeniano, não apresenta expressão fácil.

		Exercícios deglutição - Lateralizar a língua; - Elevar a língua em direção ao palado duro (5x); - Protruir a língua (5x); - Retrair a língua (5x); - Empurrar as bochechas com a ponta da língua (5x); - Soprar (5x); - Fazer sucção (5x); - Vibrar os lábios (5x); -PÁ--TÁ--CÁ-)	2/11 Expressão facial melhorada. A doente já sorri. Melhoria da sialorreia, sem necessidade de aplicação de atropina.
18/10/2023 Ansiedade	Resultado Esperado: - Diminuição da ansiedade; -Colaboração no plano de cuidados.	- Escuta ativa; - Relação de ajuda com a doente; - Realizar técnicas de massagem muscular.	2/11 A doente mostrou-se mais paciente, calma, e colaborante no processo de reabilitação.
18/10/2023 Intolerância à atividade - Potencial para melhorar a consciencialização sobre técnicas de conservação de	Resultado Esperado: - Melhoria da tolerância à atividade	- Instruir técnicas de conservação de energia; - Treinar técnicas de conservação de energia, como controlo da respiração - Avaliar a intolerância à atividade com recurso à escala de Borg;	26/10 Cansaço a pequenos e médios esforço, as sessões tinham de ser realizadas com calma e diversas pausas.

energia		- Planeamento da atividade física; - Pausas	2/11 Melhoria do cansaço, diminuição da dispneia. Recupera a energia após descanso.
Movimento Muscular comprometido Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	Resultado Esperado: - Que a doente adquira maior força muscular; - Aumento da amplitude de movimentos Melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	- Avaliar a amplitude do movimento articular em todos os segmentos articulares; - Avaliar a força muscular: (escala de Lower); - Instruir a doente sobre técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido e ativo-resistido; - Mobilizações ativas dos membros inferiores; - Mobilizações ativas resistidas dos membros inferiores com pesos; - Exercícios isométricos (leito e sentado); - Exercícios de treino de equilíbrio no leito; - Ensinar técnicas de conservação de energia na realização das atividades da vida diária.	26/10 A nível dos membros superiores, existe diminuição do arco do movimento. 2/11 A doente consegue realizar exercícios simples no leito e sentada, melhoria da força muscular e diminuição da rigidez articular

8.2 Avaliação:

Após identificadas as necessidades da doente foi estabelecido um plano de intervenções de reabilitação tendo em conta o potencial de capacidades da mesma.

Devido ao grau de afasia a Sra. C.D., nem sempre pôde participar ativamente no processo de reabilitação.

Existiu a necessidade de a equipa pedir apoio social.

Primeira abordagem, em todas as intervenções de reabilitação, apresentava-me, de modo que a doente me reconhecesse, no entanto, até ao final do estágio não foi capaz de referir o meu nome. Apesar de não me identificar pelo nome, criou-se empatia.

O passo seguinte consistiu em explicar diariamente todas as intervenções com calma, pausadamente, com o objetivo de a doente se concentrar em cada intervenção a realizar, de forma a concretizá-la de modo eficaz, e que a repetição das intervenções fosse interiorizada.

A cada dia, nos cuidados de higiene pessoal e no vestir/despir obtiveram-se ganhos, como por exemplo a dia 2/11, a doente conseguia lavar a cara, o tórax, as coxas, o períneo, sempre com estímulo verbal, e até mesmo pelo toque.

A mobilidade comprometida, foi outro diagnóstico de reabilitação identificado, carecendo inicialmente de ajuda de duas pessoas na transferência, e a dia 2/11, com a necessidade de ajuda de apenas uma pessoa, alcançando-se objetivos como: a adequada postura corporal sentada; a melhoria do equilíbrio estático sentado, a colaboração no levantar, após o treino do levantar com a flexão do tronco. A força muscular também melhorou, de acordo com a utilização da escala *Medical Research Council Muscle Scale*, tal como o tônus, de acordo com a Escala de *Ashworth* Modificada. Os referidos objetivos foram alcançados durante as sessões de reabilitação, realizadas diariamente no período da manhã.

Outros dos objetivos alcançados são referentes à incontinência urinária e intestinal que a doente apresentava, verificando-se a 2/11, um menor número de perdas na fralda.

A incapacidade de verbalizar a necessidade devido ao seu défice neurológico, bem como a sua incapacidade funcional motora resultante da mobilidade comprometida eram os problemas major nesta necessidade identificada.

A intervenção de reabilitação manifestou-se com o treino de hábitos, criando horários padronizados, de modo a otimizar o padrão de eliminação.

Após acordar e antes de dormir transferia-se a doente em cadeira até ao wc, bem como antes e após as refeições, de modo a criar um hábito, com reforço positivo após cada sucesso obtido.

Foi evidente a evolução, conseguindo manter ultimamente a fralda limpa durante o período

diurno.

As intervenções de reabilitação na alimentação também se tornaram muito importante. Como primeiras intervenções, realizaram-se exercícios de mastigação e deglutição, massagem facial e exercícios para estimulação da musculatura facial, para diminuição da parésia facial. Tudo isto, com treino da facilitação cruzada e estimulação visual e tátil pelo hemicorpo afetado, de modo a negligenciar a neglet presenciado. Para além da colaboração da terapeuta da fala, que com outros conhecimentos e técnicas, foi essencial durante o processo.

A dia 2/11, a doente tentava alimentar-se de uma dieta pastosa e hidratar-se de líquidos com consistência tipo mel. Apesar de necessitar de ajuda dos profissionais, a evolução foi visível.

9. Considerações finais

Com este estudo de caso foi possível mobilizar e aprofundar conhecimentos acerca do papel que o EEER, tem na capacitação da pessoa com AVC. Através da implementação de exercícios que promovem o fortalecimento muscular e de técnicas que progridem evolução ao nível do equilíbrio postural, foi possível maximizar a independência da pessoa nas AVD's.

É de evidenciar que o EEER é um dos elementos mais dinâmicos da equipa multidisciplinar e que promove uma recuperação mais eficaz, e naturalmente uma melhoria na qualidade de vida da pessoa.

O processo de reabilitação contribui para uma reintegração física e cognitiva da pessoa com AVC. As equipas deverão trabalhar em conjunto, para que o plano de reabilitação desenvolvido, inclua as áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares.

A restauração da marcha é um objetivo importante na reabilitação das pessoas com comprometimentos motores relacionados com alterações neurológicas, e é o que os doentes mais desejam. Mas antes da reabilitação da marcha, existe muito trabalho pela frente, como aumento da força muscular, a nível dos membros inferiores e tronco, tal como a melhoria do equilíbrio, que devido à imobilidade se torna um dos principais problemas.

Como último ensino clínico a nível hospitalar, desenvolver este estudo de caso comprovou as atividades e os cuidados que desenvolvi com os doentes.

10. Bibliografia

- A teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem: Lanna Gabriela Façanha Costa. Enfermagem, Brasil, 2016
- Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos. Lisboa: Lidei Direção Geral de Saúde, 2010
- Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação: Revista de Investigação em Enfermagem, 2019 https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebello-5/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-do-referencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf
- Cubeiro, Paula Cristina (2015). “Acidente Vascular Cerebral: Fatores de Risco”. Coimbra
- Enfermagem de reabilitação: conceções práticas; Coordenação Olga Ribeiro. - 1ª ed. - Lisboa: Lidel, 2021
- Hesbeen, W. (2003). A reabilitação: Criar caminhos. Loures: Lusociência
- Menoita, E. C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência
- O SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. Fisioterapia Avaliação e tratamento, 4ª Edição. Barueri, SP: Manole, 2004
- Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade da Enfermagem de Reabilitação https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- WHO, Stroke Alliance for Europe (SAFE), Plano de Ação para o AVC na Europa (2018) <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

Anexo 1 – Escala de equilíbrio de Berg

Escala de Equilíbrio de Berg

Nome:

data:

Tarefas	Pontuação (0-4)
1. Sentado para em pé	
2. Em pé sem apoio	
3. Sentado sem apoio	
4. Em pé para sentado	
5. Transferências	
6. Em pé com os olhos fechados	
7. Em pé com os pés juntos	
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	
9. Apanhar objeto do chão	
10. Virando-se para olhar para trás	
11. Girando 360 graus	
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	
13. Em pé com um pé em frente ao outro	
14. Em pé apoiado em um dos pés	
Total	

56 a 54, cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 a 4% abaixo no risco de quedas. 54 a 46 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances de queda. Abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100%.

Este teste é constituído por uma escala de 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. A realização das tarefas é avaliada através de observação e a pontuação varia de 0 – 4 totalizando um máximo de 56 pontos. Estes pontos devem ser subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.
- É importante que se tome claro aos sujeitos que estes devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação.
- Os equipamentos necessários são um cronômetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5,

Anexo 2 – Escala de Ashworth modificada

ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

Paciente: _____
 Data da avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

TÔNUS (ASHWORTH)		
GRUPO MUSCULAR	D	E
Flexores ombro		
Extensores ombro		
Abdutores ombro		
Adutores ombro		
Rotadores Ext. ombro		
Rotadores Int. ombro		
Flexores cotovelo		
Extensores cotovelo		
Pronadores		
Supinadores		
Flexores punho		
Extensores punho		
Flexores dedos		
Extensores dedos		
Flexores quadril		
Extensores quadril		
Flexores joelho		
Extensores joelho		
Abdutores quadril		
Adutores quadril		
Rotadores Ext. quadril		
Rotadores Int. quadril		
Flexores plantares		
Dorsoflexores		

REALIZADO COM DIFICULDADE.

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

0 - TÔNUS MUSCULAR NORMAL

1 - DISCRETO AUMENTO DO TÔNUS MUSCULAR, MANIFESTADO POR CONTRAÇÃO E RELAXAMENTO OU POR RESISTÊNCIA MÍNIMA NO FINAL DO ARCO DE MOVIMENTO QUANDO O SEGMENTO AFETADO É MOVIDO EM FLEXÃO OU EXTENSÃO.

1+ - DISCRETO AUMENTO DO TÔNUS MUSCULAR, MANIFESTADO POR CONTRAÇÃO ASSOCIADO A UMA RESISTÊNCIA MÍNIMA DURANTE O RESTANTE DA ADM (MENOS DA METADE).

2 - AUMENTO MAIS ACENTUADO DO TÔNUS MUSCULAR DURANTE A MAIOR PARTE DA ADM, PORÉM O SEGMENTO É MOVIDO FACILMENTE.

3 - AUMENTO CONSIDERÁVEL DO TÔNUS MUSCULAR, O MOVIMENTO PASSIVO É

4 - O SEGMENTO AFETADO É RÍGIDO EM FLEXÃO OU EXTENSÃO

https://www.google.com/search?q=escala+de+ashworth+modificada&rlz=1C1GCEU_pt-PTPT935PT936&oq=escal+de+as&gs_lcrp=EgZiaHJvbWUqCQgBEAAYDRiABDIGCAAQRRg5MgkIARAAGA0YgAQyCQgCEAAYDRiABDIJCAMQABgNGIAEMgkIBBAAGA0YgAQyCQgFEAAYDRiABDIJCAYQABgNGIAEMgkIBxAGA0YgAQyCQgIEAAYDRiABDIJCAkQABgNGIAE0gEJNTg4NWowajE1qAlAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8#imgsrc=CPBefAuvPbphmM&imgdii=VS6bYVvxUk9M

Anexo 3 - MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC) SCALE

Tabela 1 – *Escore do Medical Research Council (MRC)*

Movimentos avaliados
■ Abdução do ombro
■ Flexão do cotovelo
■ Extensão do punho
■ Flexão do quadril
■ Extensão do joelho
■ Dorsiflexão do tornozelo
Grau de força muscular
■ 0 = Nenhuma contração visível
■ 1 = Contração visível sem movimento do segmento
■ 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade
■ 3 = Movimento ativo contra a gravidade
■ 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência
■ 5 = Força normal

Escala MRC	
0	Paralisia completa
1	Mínima contração
2	Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3	Contração fraca contra gravidade
4	Movimento ativo contra gravidade e resistência
5	Força normal

Quadro 1. Movimentos avaliados na escala do MRC⁵

Movimentos solicitados	
Membros superiores	Membros inferiores
- Ombro: abdução	- Quadril: flexão
- Cotovelo: flexão	- Joelho: extensão
- Punho: flexão	- Tornozelo: dorsiflexão

https://www.google.com/search?q=medical+research+council+escala+for%C3%A7a+muscular&scas_esv=587520431&rlz=1C1GCEU_pt-PTPT935PT936&tbm=isch&sxsrf=AM9HkKmqH9HnXp0uSr2W4BF05Y8MJ5VTcA:1701637908533&source=lnms&sa=X&ved=2ahUKewijzMuYI_SCAxULT6QEHznOAsgQ0pQJegQIBhAE&biw=1280&bih=907&dpr=1#imgsrc=U10t6CllqM&imgdii=zMWTs9dOf8T2_M

APÊNDICE III – Projeto de Estágio

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Trabalho de Projeto

Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente com Afasia após AVC

What are the interventions of the Specialist Nurse
in Rehabilitation Nursing when patient with aphasia
after stroke

Cátia Sofia Azevedo dos Santos

Almada

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

Trabalho de Projeto

Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente com Afasia após AVC

What are the interventions of the Specialist Nurse
in Rehabilitation Nursing when patient with aphasia
after stroke

Cátia Sofia Azevedo Santos

Professora Noélia Ferreira

Almada 2023

"Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, que tragam resultados."

Florence Nightingale

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de vida diária

BAAL – Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFM - Reeducação Funcional Motora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

A Afasia é um distúrbio da comunicação caracterizado por dificuldades no processamento da linguagem, compreensão, escrita e leitura que afeta o hemisfério esquerdo do cérebro.

A intervenção neste tipo de lesão é multidisciplinar e a reabilitação é crucial.

As intervenções do EEER ao doente com afasia, após AVC, focam-se na estimulação cognitiva, sensorial, exercícios didáticos, diálogo, escuta ativa, capacitação dos cuidadores, motivação, elogio, e muitas outras, que capacitem a pessoa a superar as suas dificuldades.

No desenvolver deste projeto, foi elaborado um plano de atividades, onde planeamos atividades de enfermagem baseadas em domínios de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A composição deste projeto foi sustentada pela Teoria de transição de Meleis, a mais elaborada para fomentar a transição da pessoa com afasia.

Palavras-chave: AVC; Afasia; Reabilitação

ABSTRACT

Aphasia is a communication disorder characterized by difficulties in language processing, comprehension, writing and reading that affects the left hemisphere of the brain.

Intervention in this type of injury is multidisciplinary and rehabilitation is crucial.

The EEER interventions to patients with aphasia after stroke focus on cognitive and sensory stimulation, didactic exercises, dialogue, active listening, training of caregivers, motivation, praise, and many others that enable the person to overcome their difficulties.

When developing this project, an activity plan was drawn up, where we planned nursing activities based on domains of common and specific skills of nurses specializing in rehabilitation nursing.

The composition of this project was supported by Meleis's transition theory, the most elaborated to promote the transition of people with aphasia.

Keywords: Stroke; Aphasia; Rehabilitation

INDICE

INTRODUÇÃO	7
1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	9
1.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	9
2.1 INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AFASIA APÓS AVC.....	14
3 TEORIA DE CUIDADOS.....	19
4. CONCLUSÃO.....	20
4. BIBLIOGRAFIA	21

INTRODUÇÃO

O presente Projeto surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e incorpora as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), através de intervenções concretizadas durante a realização dos estágios, correspondentes ao planeamento de atividades elaborado.

Durante toda a aprendizagem foi sentida a necessidade e gosto de aprofundar conhecimentos na área das intervenções do EEER à pessoa com alterações cognitivas.

A escolha do tema, *"Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente com Afasia após AVC"*, foi muito pensado e elaborado, de forma a alcançar mais competências.

Com a intenção de analisar a literatura existente sobre este tema, foi realizada uma revisão Scoping, e incluí os resultados na elaboração deste projeto de estágio.

A teórica de cuidados que suportou a realização dos trabalhos, bem como a elaboração deste trabalho de projeto é a Teoria das Transições de *Afaf Meleis*.

As transições são caracterizadas por fases dinâmicas, marcos de transformação, e podem ser definidas por meio de processos e/ou resultados. A existência de uma transição, impõe a que a pessoa integre novos saberes, modifique comportamentos, e faça uma reorganização na sua vida pessoal e social. No processo de transição saúde-doença, existe uma maior vulnerabilidade que pode afetar a saúde.

As experiências humanas, as respostas ambientais, o bem-estar das pessoas são uma área de estudo, que se tornou ainda mais fundamental para a enfermagem. Logo, assistir as pessoas nos processos de transição, ao longo do seu percurso de vida, interferindo nas diversas fases de um acontecimento gerador de mudança, constitui o principal desafio do enfermeiro (Meleis, 2010).

Os fatores inibidores e facilitadores têm influência direta da sociedade e da comunidade. O EEER promove a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, através da sua intervenção, com a pessoa em situação de afasia e sua família, partindo da avaliação da mesma, definindo um plano de intervenção conjunto e identificando estratégias de coping. O EEER atua no sentido de reintegrar a pessoa na sociedade, num ambiente adaptado à sua nova condição, podendo funcionar como fator facilitador da transição.

Este projeto tem como objetivos gerais, promover o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como, desenvolver conhecimentos, através das experiências e intervenções desenvolvidas para cada situação no cuidado ao doente com necessidade de cuidados de reabilitação, e dar a conhecer a problemática identificada, desenvolvendo estratégias de intervenção.

Este projeto de estágio tem definidos como objetivos de aprendizagem:

- Integrar os princípios das teorias e modelos conceituais em Enfermagem de Reabilitação;
- Fortalecer a prática clínica, desenvolvendo intervenções adaptadas à pessoa, família e cuidadores em processo de reabilitação;
- Saber gerir a comunicação na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença aguda, crónica ou paliativa;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua e de aquisição de conhecimentos.

Os objetivos específicos relacionam-se com as competências a desenvolver, e com as atividades planeadas, descritas no plano de atividades.

Este trabalho foi realizado segundo as orientações de elaboração de trabalhos académicos, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

As normas aplicadas nas citações e bibliografia, vão de acordo a American Psychological Association (APA), 7ª ed. O presente documento encontra-se redigido conforme o novo acordo ortográfico.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

1.1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Organização Mundial de Saúde define o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas, persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular (WHO, 2018).

Muitos doentes que sobrevivem a um AVC permanecem com sequelas físicas, sensoriais e cognitivas.

O AVC é a principal causa de incapacidade do adulto, no mundo, e leva à reforma precoce e a graves repercussões socioeconómicas (WHO, 2018).

A WHO distingue três tipos de AVC: Isquémico, de hemorragia intracerebral e de hemorragia subaracnóide.

Segundo a WHO, o AVC Isquémico é causado por oclusão súbita de uma artéria que irriga o tecido cerebral. Tal ocorre, devido a um trombo formado no local da oclusão, ou, em outro local da circulação sanguínea.

A hemorragia intracerebral é determinada pela hemorragia de uma das artérias cerebrais. Segundo dados, é prevalente nos países em desenvolvimento, provavelmente devido à dieta, atividade física, tratamento inadequado da hipertensão arterial e predisposição genética.

A hemorragia subaracnóide é caracterizada por uma hemorragia arterial, no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide. Os sintomas típicos são ocorrência súbita de cefaleia intensa, e comumente, alteração do estado de consciência (WHO, 2018).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2018, registaram-se no nosso país, um total de 11 270 mortes (11 237 de residentes no país, e 33 de não residentes) devido a doenças cerebrovasculares.

O AVC é uma emergência médica, e é atualmente a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal.

As consequências do AVC podem ser diversas, como plegia e paresia, alteração na articulação da linguagem (disartria), com dificuldade de expressão ou compreensão (afasia), alteração da visão, disfagia, alteração do equilíbrio, marcha e postura, e incontinência de esfíncteres. Cerca de um terço dos sobreviventes de AVC podem ficar com défices cognitivos, e muitos com dor crónica.

É importante um plano de reabilitação adaptado às necessidades de cada doente. (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), 2017).

O número de doentes com AVC irá aumentar nas próximas décadas, devido ao aumento do número de pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, que se prevê que aumente 23% na Europa até 2030 (ESO, 2018).

Segundo a OMS, existem diferentes estratégias a implementar para reduzir a ocorrência, e o impacto do AVC, e podem ser divididas em prevenção primária e secundária.

A prevenção primária tem por objetivo reduzir o risco de AVC, em indivíduos assintomáticos, e a secundária está relacionada com a redução da exposição aos fatores de risco para pessoas que já sofreram AVC (Cubello, 2015).

Na tentativa de diminuir as consequências deste envelhecimento populacional, a sociedade europeia de AVC (ESO) e a Stroke Alliance for Europe (SAFE), uma organização não-governamental de doentes com AVC, elaboraram, em conjunto, em 2018, o plano de ação para o AVC na Europa.

Este plano estabelece objetivos para cada um dos domínios de intervenção no AVC: na prevenção primária, como a organização de cuidados nos pós AVC, cuidados agudos diferenciados, e na prevenção secundária, como a reabilitação, avaliação de resultados e vida pós-AVC.

“Foram definidos 4 objetivos para 2030:

- “Reduzir em 10% o número absoluto de AVC na Europa;*
- Tratar pelo menos 90% de todos os doentes que sofrerem um AVC, na Europa numa unidade de AVC dedicada, como primeiro nível de cuidados. A promoção do Autocuidado no doente após AVC: Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação;*
- Ter planos nacionais para o AVC, que abranjam toda a cadeia de cuidados, desde a prevenção primária até à vida pós-AVC;*
- Implementar estratégias nacionais para intervenções multissetoriais de saúde pública, para promover e facilitar um estilo de vida saudável e reduzir os fatores ambientais (incluindo a poluição atmosférica), socioeconómicos e educacionais que aumentam o risco de AVC)”.*

(Plano de Ação para o AVC na Europa, 2018, p.7-p.9).

Além do diagnóstico e do tratamento na fase aguda, é imprescindível a reabilitação.

A reabilitação tem um papel preponderante na recuperação funcional, cognitiva e psicossocial, na integração social, na melhoria da qualidade de vida, na manutenção da atividade profissional, e no grau de dependência.

O programa de reabilitação deve iniciar-se o mais precocemente possível, isto é, assim que o doente se encontre clinicamente estável, integrando uma equipa multidisciplinar e a sua família ou cuidadores (Fernandes, 2019).

Na fase aguda do AVC, pode obter – se ganhos funcionais que são inerentes ao processo de recuperação espontânea, e que se devem à redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e aumento do fluxo vascular local (Barbosa, 2012).

Segundo Barbosa (2012), a neuroplasticidade é a capacidade do cérebro se adaptar, para aprender ou reaprender funções perdidas, em consequência de morte celular por traumatismo ou doença, podendo depender do ambiente e dos danos existentes.

A reabilitação em doentes que sofreram um AVC é vital, para os ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional. Isto irá permitir aos doentes que sejam participantes produtivos da vida familiar e comunitária. O processo de reabilitação compreende um conjunto de procedimentos, visando restabelecer o máximo da função perdida pelo doente, potenciando as capacidades funcionais e intelectuais, trabalhando a neuroplasticidade, reeducando as funções motoras e cognitivas, de acordo com as especificidades de cada indivíduo, família e/ou cuidadores, recorrendo a estratégias, necessárias a utilizar no dia-a-dia, de modo a possibilitar uma melhor qualidade de vida (Gonçalves, 2012).

O programa de reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades do doente, a definição de objetivos de reabilitação, planeamento, implementação de medidas, além da avaliação dos seus efeitos (Fernandes, 2019).

Para que o processo de reabilitação comece é importante considerar o doente como um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, enaltecendo o seu bem-estar e o conforto físico (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Após o AVC existem alterações nos relacionamentos entre o doente e a sua família, levando a um isolamento dentro do agregado familiar. Na pessoa são visíveis sentimentos de tristeza, inutilidade, dependência e dificuldades físicas e cognitivas. Para a família, representa alterações de papéis e problemas económicos. Para a sociedade diminuição da produtividade e elevada utilização dos serviços de saúde (Menolta, 2012).

A reabilitação deve ser iniciada prematuramente, ainda na fase hospitalar, e ter continuidade, posteriormente, em ambientes apropriados. Quando a reabilitação é integrada numa assistência contínua, desde a admissão no hospital até à reabilitação na comunidade, possibilita melhores resultados clínicos e menores custos, já que os períodos de hospitalização serão reduzidos, diminuindo o grau de dependência e melhorando a qualidade de vida (WHO, 2011).

É importante conseguirmos desenvolver ferramentas de apoio que permitam a integração do doente na sociedade, para que este se sinta membro ativo, e estimulado a colaborar no programa de reabilitação que temos traçado para ele.

Reconhecendo a especificidade de cada pessoa, a Direção Geral de Saúde (DGS), (2011) menciona que o Plano Terapêutico de Reabilitação deve ser elaborado de forma individual, tendo em conta a avaliação clínica e funcional, a pontuação do índice de Barthel, podendo utilizar outras escalas, como por exemplo, a Medida de Independência Funcional (MIF) e London Chest of activity of Daily living.

A recuperação após AVC ocorre nos primeiros três a seis meses, de um modo mais rápido, em comparação com o período seguinte. No entanto, o processo de recuperação depende das características da pessoa, bem como de diversos fatores envolventes Cerveira (2011).

A alta do plano terapêutico de reabilitação à pessoa após AVC, deve ser dada quando: são atingidos os objetivos delineados; a funcionalidade e independência se assemelham ao status pré AVC; ou não estão reunidas condições de motivação, colaboração e capacidade cognitiva da pessoa (DGS, 2011)

Existem princípios da reabilitação, que devem ser colocados em prática desde o primeiro momento, como a prevenção de úlceras por pressão, de alterações respiratórias, intestinais e vesicais, da rigidez articular, de contraturas, da espasticidade e de problemas de origem cognitiva (Santos, 2013).

1.2 AFASIA

A comunicação é o pilar de qualquer relação interpessoal. A mesma, divide-se em dois tipos: comunicação verbal e não-verbal. É crucial em qualquer profissão relacionada com cuidados de saúde, visto que o profissional de saúde tem de obter sempre o consentimento informado do doente, sendo essencial na relação terapêutica estabelecida. Assim, a qualidade dos cuidados de enfermagem depende necessariamente da eficácia da comunicação (Campos, 2017).

Após um AVC, as principais áreas responsáveis pela linguagem que se encontram afetadas, são a área de Wernicke e Broca. Destacando que, a artéria cerebral média, é o vaso sanguíneo mais atingido (Huang, 2017).

Segundo Hoeman, a afasia é uma perturbação que afeta a linguagem. A perturbação é causada por alterações em diversos níveis cognitivos (Hoeman, 2011).

A afasia influencia a qualidade de vida do doente, quer a nível pessoal e profissional (Magalhães., 2018).

Coelho (2020), referiu que, a afasia e disartria são os principais défices da linguagem existentes, e que a comunicação é muito importante na prestação de cuidados.

A afasia é classificada de acordo com a área cerebral prejudicada, e também se, a capacidade de nomeação, fluência e repetição foram igualmente afetadas. Para além do exame clínico, para o diagnóstico do tipo de afasia, pode-se recorrer à realização de exames com imagem do encéfalo, como por exemplo à Tomografia Axial Computorizada e Ressonância Magnética (Huang, 2017).

Na categoria das afasias fluentes, estão presentes: Afasia de Wernicke; Afasia de Condução; Afasia Transcortical Sensorial, e por último, Afasia Anómica (Magalhães, 2018).

Enquanto, os tipos de afasias não fluentes são: Afasia de Broca, Afasia Global, Afasia Transcortical Motora e Afasia Transcortical Mista (Magalhães, 2018).

A Ordem dos enfermeiros defende que as principais áreas de intervenção dos EEER, são: intervenções diferenciadas para reabilitar as capacidades cognitivas, respiratórias, cardíacas, motoras dos doentes, e também no âmbito dos ensinamentos aos cuidadores informais. Adicionalmente, em doentes que apresentam a capacidade de comunicação comprometida, uma intervenção fundamental dos EEER é realizar a técnica de treino do discurso(OE, 2018).

2. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AFASIA APÓS AVC

O programa de reabilitação deve ser determinado, principalmente, pela gravidade e tipo de afasia, etiologia, e outras disfunções cognitivo-comportamentais que acompanham a afasia e o estadió de recuperação do AVC.

Shafer, J. S., Shafer, P. R., & Haley, K. L. em 2019, salientam no seu estudo, a importância da inclusão dos cuidadores no processo de cuidados. É crucial fornecer aos cuidadores o treino e o apoio de que precisam ao longo da jornada de recuperação, tratando-os como parceiros no processo. O apoio pode atenuar a carga emocional e a necessidade de adquirir múltiplos papéis por parte dos cuidadores.

Picano, C., Quadrini, A., Pisano, F., & Marangolo, P., em 2021, na sua revisão da literatura, demonstram as intervenções convencionais mais utilizadas para reabilitação da afasia. Os autores fornecessem uma visão crítica sobre as abordagens já utilizadas, e a importância da utilização da Realidade Virtual, com o avanço da ciência e da tecnologia.

A eficácia da aplicação da Realidade Virtual (RV) tem-se mostrado útil, pois potencializa a validade da terapia de linguagem ao utilizar contextos virtuais, que simulam contextos quotidianos da vida real. São utilizadas diversas terapias, como a Terapia de Treino Conversacional (sessão de terapia de duas horas, duas vezes por semana, durante 24 semanas), que tem como objetivo estabelecer uma conversa calma com o utente, de modo a estimular o diálogo e a interligação de ideias.

Também é mencionada a Terapia de Linguagem – Ação (ILAT), (cinco sessões de cinquenta minutos durante 2 semanas), com o intuito de estimular intensivamente a linguagem, a memória verbal e visual.

Existe também a terapia sensorio – motora (cinco sessões de terapia de quarenta minutos durante 8 semanas. Sessões de Narrativa (vinte sessões de terapia de uma hora durante 5 semanas), e a Comunicação livre (vinte e cinco sessões de terapia de uma hora, durante 5 semanas) com o objetivo de estimular o utente, em grupo, ou apenas com o terapeuta, a ter uma conversa livre, sobre o seu dia-a-dia.

Os autores mencionam a eficácia destas terapias, que interligadas à Realidade Virtual, estimulam a nível sensorial e motor os doentes, mesmo quando não é possível a sua deslocação ao espaço físico, consigam, em ambulatório realizar a terapia.

Das intervenções preconizadas, Wenli Chen et. al, (2015), salientam os programas de treino sensório-motor. Os utentes foram solicitados a assistir a 80 vídeos (selecionados aleatoriamente) de ações manuais (por exemplo, quebrar um amendoim) e ouvir o nome dos objetos manipulados ("amendoim").

Cada vídeo tem duração de 7,5 s e repetido 3 vezes. O tempo total do treino, com 80 vídeos foi de 30min. Cada utente foi treinado por 6 dias por semana, com 30 min por dia, e 3 semanas no total.

Estes treinos têm como objetivo, que os utentes conseguirem mencionar o objeto em questão, e comunicar a ação que está a ser realizada, conseguindo também colocar em prática a ação que é desenvolvida.

Leva a um treino da linguagem, e da memória, para além do exercício físico.

São utilizadas outras ferramentas de estimulação sensitiva e avaliação da evolução cognitiva, como o Token Test (utilizado para avaliar a compreensão auditiva em pessoas com distúrbios da linguagem), a *Western Aphasia Battery* (concebida como uma ferramenta de avaliação para examinar as habilidades linguísticas, conteúdo da informação, fluência, compreensão auditiva, repetição, nomeação e localização de palavras, leitura e escrita, e as principais habilidades não linguísticas, como desenho, design de blocos, cálculo e praxia), e o *Boston Naming Test* (Os estímulos são desenhos de objetos com dificuldade crescente de nomeação, variando de vocabulário simples e de alta frequência (árvore) a palavras raras (ábaco).

A administração requer uma resposta espontânea dentro de um período de 20 segundos. Se a resposta não for dada, dois tipos de sugestões de estímulo, uma fonémica, e uma semântica podem ser dadas); (Wenli Chen et. al, 2015).

A telerreabilitação tem sido uma ferramenta útil, em casos de distância aos centros de terapia ou hospitais mais próximos, e tem vindo a crescer, principalmente durante a pandemia de SARS-CoV-2. O estudo de Hege Prag Øra See More et. al., (2018), procura explorar a eficácia da telerreabilitação na comunicação funcional e qualidade de vida.

Os autores mencionam este tipo de reabilitação, como uma ferramenta adicional, e não como substituta da reabilitação em contexto físico.

A família e cuidadores serão cuidadosamente informados sobre a participação e integrados na terapia. Durante as sessões, é utilizado um programa informático denominado, LogMlen, que fornece acesso remoto a computadores através da Internet, que permite ao terapeuta controlar remotamente o computador do participante. É uma ferramenta valiosa na prestação da terapia e assistência caso surjam problemas técnicos.

Muitos estudos foram encontrados, sobre a eficácia da música a nível da estimulação cognitiva. Piccolo, A. Et. al, (2023), refere em seu estudo que a Musicoterapia Neurológica (NMT) consiste em uma aplicação terapêutica de estimulação musical através de técnicas padronizadas e tem como objetivo, trazer

melhorias em diversos domínios cognitivos. Um dos principais objetivos dessa abordagem é o tratamento da fala e da linguagem.

O uso do canto e da entoação, desencadeia a fala em pessoas que apresentam afasia não fluente. O programa de reabilitação consiste em três partes: reabilitação cognitiva, fonoaudiologia e musicoterapia neurológica (NMT).

A sessão de reabilitação cognitiva foi focada na atenção através do ATP (treino do processo de atenção).

Este último é um exercício de várias sessões projetado para melhorar a velocidade de processamento, de informação e a capacidade de concentração, ignorando as distrações. Neste caso, o utente ouve uma faixa de áudio, que apresenta uma variedade de estímulos. Posteriormente, é solicitado a pressionar uma campainha quando o estímulo-alvo for dado, em um intervalo de tempo, que foi diminuindo ao longo da sessão.

O estudo de Aleks J. Sihvonen (2020) focou-se nas evidências de neuroimagem, de que a música vocal envolve redes extensas e bilaterais no cérebro, e procura determinar se será eficaz para melhorar a recuperação cognitiva e da linguagem e a neuroplasticidade após o AVC. Os efeitos reabilitadores da música vocal são conduzidos por mudanças de plasticidade estrutural e funcional nas redes temporoparietais cruciais para o processamento emocional, linguagem e memória. Terapia de entonação melódica (MIT). Existiu eficácia marcada a nível da memória, sentidos e humor.

Durante as sessões foram também utilizados diversos instrumentos, como o *Token Test*, O *Boston Naming Test* e Testes neuropsicológicos de memória verbal, linguagem e atenção. Para validar a eficácia desta terapia a nível da autoestima e humor, e redução da depressão, foram implementados questionários de humor realizados na fase aguda, aos 3 meses e 6 meses. O utente é seguido pelo seu neurologista e são realizadas ressonâncias magnéticas na fase aguda e aos 6 meses, para determinar se o programa está a ser eficaz, através da avaliação pela neuroimagem.

No decorrer dos diversos exercícios de estimulação cognitiva, são utilizadas músicas curtas e conhecidas, como (*Parabéns a você!*), de forma excitar a memória e compreensão auditiva. A utilização de música vocal, leva a implementação de palavras que poderiam ser “desconhecidas” ao utente e leva-o a articular palavras e a construir frases.

De todas estas intervenções que podem ser postas em prática pelo enfermeiro, a relação com o utente também é muito relevante, e torna – se essencial para o plano de cuidados ser eficaz.

No seu estudo, Bright, F., Attrill, S., & Hersh, D., em 2021, exploram o potencial das abordagens teóricas para além da terapia fonoaudiológica, para permitir uma compreensão mais profunda da natureza

natureza e atuação das relações terapêuticas na reabilitação da afasia. Para eles, os relacionamentos terapêuticos são fundamentais para o que faz e se alcança com seus utentes.

Os autores realçam a importância da formação dos profissionais a serem criticamente reflexivos sobre a sua prática e a promover mudanças para melhoraria dos relacionamentos terapêuticos.

Um outro estudo encontrado incidiu-se na utilização da linguagem gestual como método de estimulação em doentes com afasia. Os participantes do estudo viram o desenho animado de *"Sylvester e Piu-Piu"*, *"Canary Row"*.

O vídeo foi mostrado aos participantes em oito cliques, para redução da carga de memória, e eles foram solicitados a recontar cada clique para alguém que não o tivesse visto.

O gesto não foi mencionado na instrução. As descrições dos principais eventos de *"swing"* e *"roll"* na descrição de cada participante foram identificadas por um pesquisador. Através deste estudo, ainda experimental, Dipper, L., Pritchard, M., Morgan, G., & Cocks, N. (2015) encontram explicações de como a linguagem e o gesto funcionam em conjunto, mostrando como o comprometimento da linguagem influencia o gesto.

Os dados aqui apresentados sugerem que na afasia, o papel compensatório do gesto é especialmente importante.

Segundo a Revisão realizada por Mandrá, P. P., Moretti, T. C. da F., Avezum, L. A., & Kuroishi, R. C. S., em 2019, os autores abordaram a positividade de ser possível a inclusão de animais durante as terapias realizadas. Segundo eles, e estudos realizados há alguns anos, a inclusão dos animais aumenta a autoestima dos participantes, reduzindo os quadros de ansiedade e stress.

Os animais terão de ser treinados adequadamente e os ambientes de terapia calmos e serenos, sem qualquer tipo de estímulo que possa causar distração no animal e no utente. Existe uma melhoria da motivação e alterações positivas a nível do humor.

A fotografia também foi mencionada como uma ferramenta de estimulação. No estudo de Levin, 2017, os participantes são estimulados a usar a autoexpressão, projetando assim, objetivos para o futuro. As pessoas revêm-se em imagens/ fotografias e são estimuladas a dialogar com o terapeuta e a expressar todo o tipo de sentimentos que sintam necessidade.

Com a colaboração do *Archeworks, Inc.*, um programa de design alternativo, e o Instituto de Reabilitação de Chicago, foi criada uma aula de fotografia chamada *"Aphasia Talks"*.

Esta foi desenvolvida para facilitar a autoexpressão em pessoas com afasia, com os objetivos de reintegração, socialização, recreação, educação e fortalecimento.

Ao incentivar a autoexpressão e capacitar os participantes da aula, fundou-se uma pesquisa para obter mais informações, sobre os problemas enfrentados por pessoas que vivem com AVC.

Após a análise de todos estes artigos, é fundamental o desenvolvimento de planos de reabilitação, com componente educacional e lúdica com base nas intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de Reabilitação.

A componente relacional, torna-se também imprescindível, a motivação e a confiança, quer do enfermeiro, quer do doente levam a melhores resultados.

Durante a leitura dos artigos, também pudemos conhecer diversos testes e baterias que são utilizadas para avaliar o grau e tipo de afasia, bem como a evolução ao longo do programa de reabilitação.

Os mais utilizados são a *Western Aphasia Battery (WAB)*, em que são avaliadas as funções de compreensão, produção da linguagem falada, leitura e escrita, com uma duração de 30 a 60 minutos e com capacidade de avaliação de todas as afasias.

Um outro teste também muito utilizado é ao Teste de Nomeação de Boston (BNT), realizado durante 20 minutos e com capacidade de avaliação de qualquer grau de afasia. O PALPA, também utilizado para as capacidades de compreender, ler e escrever, com um tempo inestimado de aplicação.

E o *Aphasia Rapid Test*, com duração de 5 a 10 minutos, para avaliar a possível existência de afasia. Existem ainda muitas outras baterias, que não são tão utilizadas, mas igualmente eficazes no diagnóstico da afasia.

As intervenções baseiam-se em exercícios educacionais, incluindo estimulação cognitiva e sensorial sobretudo. Apesar de já existirem programas de reabilitação para a afasia, existe ainda pouca viabilidade dos programas e pouca visibilidade da necessidade de implementação destas intervenções por parte do EEER.

O objetivo da reabilitação de doentes com afasia é permitir a comunicação com o ambiente e compensar os défices comportamentais, integrando os na sociedade e melhorando a sua qualidade de vida e autoestima.

Atualmente, o tratamento mais utilizado na prática é a terapia fonoaudiológica, efetivamente usada para melhorar a articulação da fala e a linguagem.

A realidade virtual é uma ferramenta promissora, que pode ser usada como tratamento intensivo em domicílio, várias horas por dia.

3. TEORIA DE CUIDADOS

As teorias de enfermagem constituem parte do conhecimento holístico em enfermagem, tendo como fundamento aprofundar e especificar o fenómeno associado ao conceito, os quais têm forte aplicabilidade prática. É desta forma, que uma teoria se constitui de extrema importância na sustentação da prática de cuidados em enfermagem de reabilitação.

O conhecimento científico é concebido pela investigação, derivado de teorias e metodologias científicas (Nunes, 2018).

O processo de transição caracteriza-se pela sua particularidade, variedade e complexidade e é determinada pela percepção de cada pessoa.

As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambiente. As transições podem ser de diferentes tipos: de desenvolvimento (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas. Apresentam diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas.

São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, empenho, mudança e diferença, período da transição e eventos (Alligood, 2013).

Todas as transições desencadeiam mudança e é fundamental identificar os efeitos. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações na identidades, relações e rotinas (Alligood, 2013).

A profissão de enfermagem tem como objetivo uma transição saudável, e para isso o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento da pessoa e da sua família, no decorrer do ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade.

As intervenções terapêuticas de enfermagem de reabilitação podem ser entendidas como uma ação interventiva contínua no decorrer do processo de transição. Os enfermeiros que, promovem o cuidado transicional valorizam o doente, já que os cuidados realizados estão associados ao desenvolvimento humano, favorecendo o equilíbrio e estabilidade (Alligood, 2013).

4. CONCLUSÃO

Este projeto pretende descrever e refletir um percurso de desenvolvimento de competências durante a realização do ensino clínico.

O encadeamento dos locais de estágio e a escolha dos mesmos, foram aspetos fundamentais que determinam o sucesso das atividades planeadas e realizadas, e que permitiram assim atingir os objetivos planeados para este projeto

O presente projeto de Estágio reflete o processo de aprendizagens decorrido neste período, e da aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, enquanto aluna da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, as quais foram adquiridas pelos conhecimentos apreendidos nas unidades curriculares subjacentes e frequência nos ensinos clínicos.

O desenvolver destas competências, permite analisar e debater a aplicabilidade de distintos materiais e recursos de intervenção para pessoas com afasia.

A enfermagem é detentora de um conjunto de características, nomeadamente, um vasto domínio de conhecimentos, autonomia na tomada de decisão, responsabilidade e reconhecimento nos resultados obtidos.

A teoria das transições, evidenciada durante este projeto, orienta o enfermeiro a aprofundar os seus conhecimentos e a planificar ações que favoreçam resultados positivos para a saúde das pessoas.

Os objetivos traçados para o presente projeto de Estágio foram superados. Esta etapa está prestes a ser concluída e marca uma superação pessoal e profissional.

O estudo desta temática, traz implicações significativas para a prática clínica.

Como melhoria para a prática clínica menciono ser de carácter importante, o desenvolvimento de mais projetos e trabalhos científicos sobre esta temática, pois considero importante para a inclusão da pessoa na sociedade, e melhoria dos cuidados e intervenções desenvolvidas na maximização e capacitação para o autocuidado e exercício da cidadania.

Este ensino clínico trará melhoria para os cuidados de enfermagem prestados.

5. BIBLIOGRAFIA

Allgood MR. Nursing Theorists and Their Work. 8. Ed. Mosby Elsevir, 2013, 416-433

Barbosa, Maria (2012) *"Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral"* – uma revisão sistemática. Coimbra

Bright, F., Attrill, S., & Hersh, D. (2021). Therapeutic relationships in aphasia rehabilitation: Using sociological theories to promote critical reflexivity. *International journal of language & communication disorders*, 56(2), 234–247. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12590>

Campos, C. (2017). *"A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados à Enfermagem"*. vol. 15 nº1. Lisboa <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>>

Canadian Nurses Association (2019). Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Canadian Nurses Association, Ottawa <https://www.apn-ch.ca/documents/498219/514757/Advanced+Practice+Nursing+-+A+Pan-Canadian+Framework.pdf/e8688392-8b31-ff8c-ddd9-f30a6f0c6f37?t=1599208412123>

Cerveira, J. (2011) *"Independência Funcional nos doentes com AVC: Determinantes Sociodemográficas e Clínicas"* -Master' thesis. Instituto Politécnico de Viseu

Chen, W., Ye, Q., Ji, X., Zhang, S., Yang, X., Zhou, Q., Cong, F., Chen, W., Zhang, X., Zhang, B., Xia, Y., Yuan, T. F., & Shan, C. (2015). Mirror neuron system based therapy for aphasia rehabilitation. *Frontiers in psychology*, 6, 1665. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01665>

Cichon, N., Włodarczyk, L., Saluk-Bijak, J., Bijak, M., Redlicka, J., Gorniak, L., & Miller, E. (2021). Novel Advances to Post-Stroke Aphasia Pharmacology and Rehabilitation. *Journal of clinical medicine*, 10(17), 3778. <https://doi.org/10.3390/jcm10173778>

Dipper, L., Pritchard, M., Morgan, G., & Cocks, N. (2015). The language-gesture connection: Evidence from aphasia. *Clinical linguistics & phonetics*, 29(8-10), 748–763. <https://doi.org/10.3109/02699206.2015.1036462>

Direção-Geral de Saúde [DGS] (2011). *Norma da Direção Geral da Saúde: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa

Fiscaro, F., Lanza, G., Grasso, A. A., Pennisi, G., Bella, R., Paulus, W., & Pennisi, M. (2019). Repetitive transcranial magnetic stimulation in stroke rehabilitation: review of the current evidence and pitfalls. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 12, 1756286419878317. <https://doi.org/10.1177/1756286419878317>

Godecke, E., Armstrong, E., Rai, T., Ciccone, N., Rose, M. L., Middleton, S., Whitworth, A., Holland, A., Ellery, F., Hankey, G. J., Cadilhac, D. A., Bernhardt, J., & VERSE Collaborative Group (2021). A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEech (VERSE) study. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 16(5), 556–572. <https://doi.org/10.1177/1747493020961926>

Gonçalves, Lorena (2012) "Reabilitar para Integrar. Saber Viver", p. 55-56. Lisboa Instituto Nacional de Estatística, *Causas de Morte* (2018) https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modulo_texto

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

Huang, J. (2017). "Afasia". EUA https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BAlbios-neurol%C3%B3gicos/fun%C3%A7%C3%A3o-e-disfun%C3%A7%C3%A3o-dos-lobos-cerebrais/afasia#v21855399_pt

Levin, T., Scott, B. M., Borders, B., Hart, K., Lee, J., & Decanini, A. (2017). Aphasia Talks: photography as a means of communication, self-expression, and empowerment in persons with aphasia. *Topics in stroke rehabilitation*, 14(1), 72–84. <https://doi.org/10.1310/tsr1401-72>

Li, B., Deng, S., Sang, B., Zhu, W., Zhuo, B., Zhang, M., Qin, C., Lyu, Y., Du, Y., & Meng, Z. (2022). Revealing the Neuroimaging Mechanism of Acupuncture for Poststroke Aphasia: A Systematic Review. *Neural plasticity*, 2022, 5635596. <https://doi.org/10.1155/2022/5635596>

Lima, A. M. N., Ferreira, M. S. M., Martins, M. M. F. P. da S., & Fernandes, C. S. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente

Magalhães, C. (2018). Afasias Fluentes. In: Fonseca, J. "Afasia e comunicação após lesão cerebral" Lisboa: Papa-Letras Editora.

Mandrá, P. P., Moretti, T. C. da F., Avezum, L. A., & Kuroishi, R. C. S. (2019). Animal-assisted therapy: systematic review of the literature 31(3), e20180243. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018243>

Musso, M., Hübner, D., Schwarzkopf, S., Bernodussou, M., LeVan, P., Weiller, C., & Tangermann, M. (2022). Aphasia recovery by language training using a brain-computer interface: a proof-of-concept study. *Brain communications*, 4(1), fcac008. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac008>

Nunes, L. (2018). Para uma Epistemologia de Enfermagem. (2ª edição). Lusodidacta

Øra, H. P., Kirmess, M., Brady, M. C., Winsnes, I. E., Hansen, S. M., & Becker, F. (2018). Telerehabilitation for aphasia - protocol of a pragmatic, exploratory, pilot randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 208. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2588-5>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembla/Areas_In_vestigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Parecer nº 12/2011- Parecer sobre as atividades de vida diária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Picano, C., Quadrini, A., Pisano, F., & Marangolo, P. (2021). Adjunctive Approaches to Aphasia Rehabilitation: A Review on Efficacy and Safety. *Brain sciences*, 11(1), 41. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010041>

Piccolo, A., Corallo, F., Cardile, D., Torrisi, M., Smorto, C., Cammaroto, S., & Lo Buono, V. (2023). Music Therapy In Global Aphasia: A Case Report. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 10(2), 16. <https://doi.org/10.3390/medicines10020016>

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2019) <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Santos, Rita (2013) "Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação". Coimbra

Shafer, J. S., Shafer, P. R., & Haley, K. L. (2019). Caregivers navigating rehabilitative care for people with aphasia after stroke: a multi-lens perspective. *International journal of language & communication disorders*, 54(4), 634–644. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12467>

Sihvonen, A. J., Leo, V., Ripollés, P., Lehtovaara, T., Ylönen, A., Rajanaro, P., Laitinen, S., Forsblom, A., Saunavaara, J., Autti, T., Laine, M., Rodríguez-Fornells, A., Tervaniemi, M., Soinila, S., & Särkämö, T. (2020). Vocal music enhances memory and language recovery after stroke: pooled results from two RCTs. *Annals of clinical and translational neurology*, 7(11), 2272–228

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021) <https://www.spml.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F. R., Lucchese, G., & Pulvermüller, F. (2018). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 89(6), 586–592. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-315962>

WHO, Stroke Alliance for Europe (SAFE), Plano de Ação para o AVC na Europa (2018) <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>

APÊNDICE IV - Protocolo Revisão Scoping

METODOLOGIA

A presente revisão Scoping da literatura foi realizada segundo as normas da JBI e procurou dar resposta à seguinte pergunta de investigação: **“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente com Afasia após AVC?”**.

População (doente após AVC)

Conceito (Afasia)

Contexto (Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Na formulação da questão de investigação, definição de critérios de inclusão e exclusão e consequentemente da amostra, utilizei o método designado de PCC (População, Área de intervenção e Contexto).

Os critérios de inclusão e exclusão foram formulados a partir do mesmo método. Estes encontram-se no quadro seguinte, no quadro 1.

CrITÉRIOS de Seleção	CrITÉRIOS Inclusão	CrITÉRIOS Exclusão
População	Doentes após AVC Doentes com afasia Idade superior a 18 anos	Sem correlação com o objetivo de estudo
Área de Intervenção	Reabilitação ao doente com afasia	Todas as intervenções que não possam ser implementadas pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação
Contexto	Afasia	Outras alterações da comunicação

Quadro 1- Critérios de inclusão e de exclusão

De acordo com a temática abordada nesta revisão Scoping foram selecionados os seguintes descritores: Rehabilitation; AVC; Aphasia, validadas no MeSH (Medical Subject Headings). Estes foram combinados através das expressões booleanas. A pesquisa para o presente estudo, foi realizada em bases de dados através de plataformas digitais, PubMed, CINAHL, MEDLINE e Nursing & Allied Health Collection, utilizando artigos em língua portuguesa e inglesa, com publicações entre 2015 e 2023 e texto integral disponível. Em ambas as bases de dados utilizei a seguinte equação booleana: ((aphasia) AND (Rehabilitation)) AND (stroke).

A seleção dos artigos realizou-se em três fases, seguindo sempre a questão de investigação. O processo de seleção dos artigos encontra-se descrito na figura 1.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS

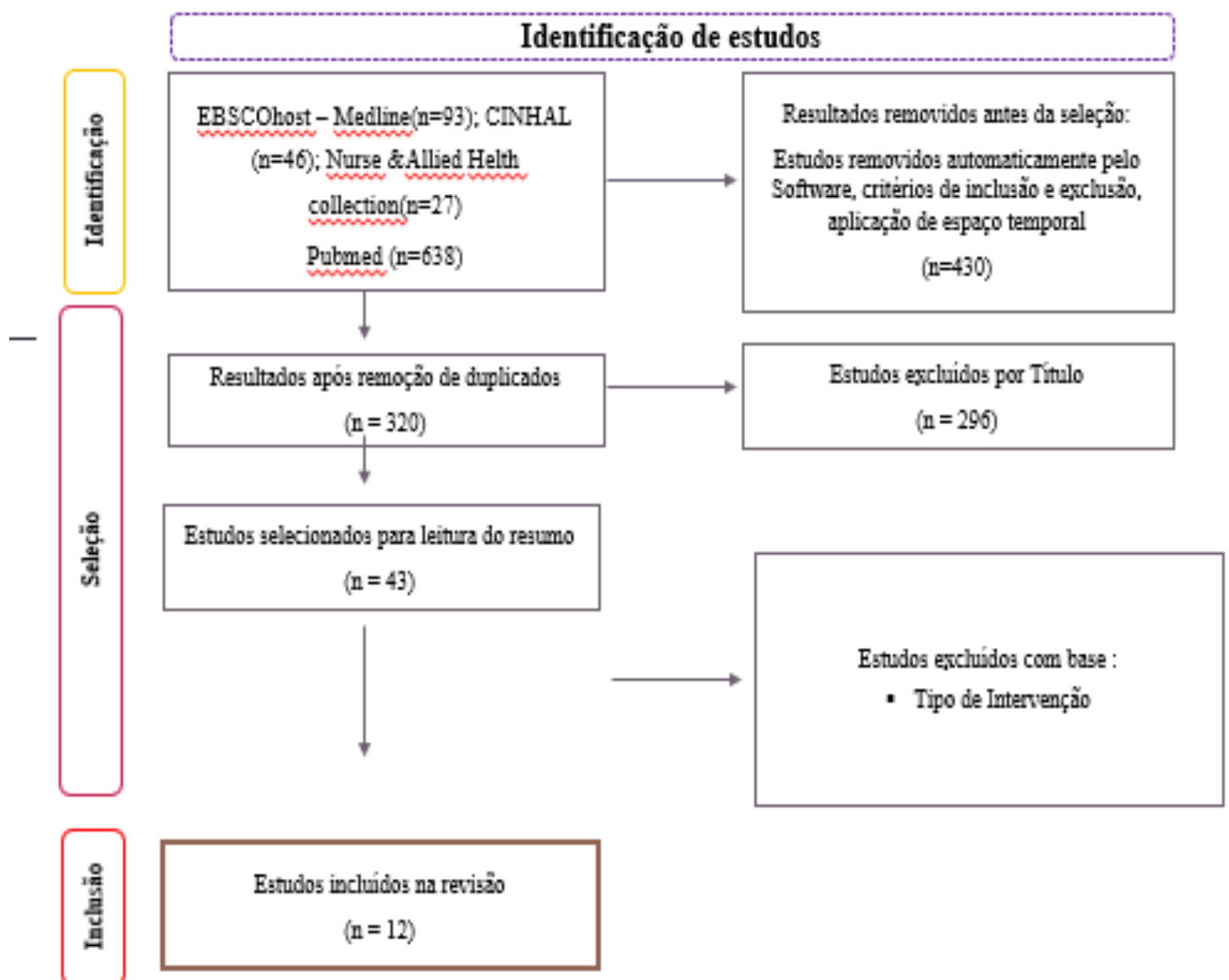


Figura 1- Fluxograma PRISMA

**APÊNDICE V - Sessão de Formação “Ergonomia e Prevenção De Lesões
Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)”**

ERGONOMIA

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Teresa Lopes
Estudante de Enfermagem de Reabilitação Côtia Santos

30/09/2023

SUMÁRIO

- Ergonomia
- Mecânica corporal
- Posturas corretas na movimentação e transferência de doentes e cargas
- Princípios de movimentação de cargas
- Lesões musculoesqueléticas
- Ginástica laboral

30/09/2023

Ergonomia

"Ergo"

Trabalho

"Nomos"

Leis, Regras



É a ciência que estuda as regras/posturas a adotar no local do trabalho, para que exista uma maior produtividade do trabalhador na realização das suas tarefas, e com menor esforço físico por parte do mesmo.



Estuda assim as regras que devem ser adotadas no local de trabalho de forma a minimizar os impactos prejudiciais de posturas menos corretas.

30/09/2023

Para a aplicação prática da ergonomia, são identificados três subcampos

Ergonomia Física

- Posturas e movimentos, carga física de trabalho,
- Manuseio manual de materiais, design do local de trabalho

Ergonomia Cognitiva

- Processamento de informações, carga de trabalho mental, interface homem-computador
- Aplicativos para a transmissão de informações

Ergonomia organizacional

- Coordenação de processos de trabalho, como linhas de montagem, combinações de atividades de trabalho
- horários de descanso e trabalho colaborativo, desenvolvimento de atividades de trabalho

OSHA (2019)

30/09/2023



A Ergonomia proporciona conhecimentos e habilidades para adequar o ambiente, os equipamentos e as atividades aos trabalhadores.



Pretende melhorar o bem-estar das pessoas e aumentar a produtividade dos sistemas de trabalho.



Atua sobre as condicionantes externas do trabalho como espaços, circuitos, processos, organização temporal, equipamentos e meios de trabalho do trabalhador.



Relativamente aos profissionais de Saúde é necessária a avaliação do risco, formação e modificação da atividade profissional de modo a diminuir os efeitos negativos na saúde do trabalhador, aumentando a segurança dos doentes (Serranheira et al., 2012a).



Segundo Marques (2015), o principal objetivo da Ergonomia, é a adaptação do trabalho às principais capacidades/caraterísticas e possibilidades do trabalhador.

30/09/2023

Risco ergonómico

As atividades a que os enfermeiros estão sujeitos:

- Levante e deslocação de cargas pesadas;
- Deficientes condições físicas do ambiente de trabalho;
- Espaços inapropriados ou pequenos;
- Cuidar de doentes com vários graus de dependência, com pesos elevados, requerendo uma ajuda parcial ou total para as mobilizações, posicionamentos e transferências;
- Cuidados de higiene e alimentação;
- Sobrecarga para alguns segmentos corporais.



(Prieto, Múnera & López, 2015)

30/09/2023

Mecânica corporal

Conjunto de esforços coordenados do sistema músculo-esquelético/nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo durante o levantar, fletir e movimentar.



Baseada em 4 áreas:



Potter (2006.p.604)"..

A correta utilização da mecânica corporal permite reduzir a energia necessária para manter o equilíbrio e prevenir o risco de lesão

O conhecimento da mecânica corporal é fundamental para a utilização da postura correta e adequada no desenvolver das atividades e na prevenção de lesões por esforços.

30/09/2023

Mecânica corporal

ALINHAMENTO CORPORAL

É a relação adequada de todas as partes do corpo entre si, em repouso ou em qualquer atividade. Reduz a distensão das articulações, ligamentos e músculos.

EQUILÍBRIO

Estado de firmeza de posição, com o mínimo de esforço e trabalho muscular.

Contribui para a estabilidade

Princípios do equilíbrio

Linha da gravidade

Centro de gravidade(2ª vértebra sacrada)

Base de sustentação



MOVIMENTO CORPORAL COORDENADO (Estabilidade do corpo)

No Equilíbrio estável o centro de gravidade está dentro da base de sustentação

30/09/2023

Princípios de mecânica corporal

Quanto maior a base de sustentação e mais baixo o centro de gravidade, maior a estabilidade

O equilíbrio é mantido se a linha da gravidade estiver centralizada na base de sustentação



A colocação dos joelhos, anca em flexão e o tronco em alinhamento correto distribui melhor a carga de trabalho entre os grupos musculares e previne a distensão dos músculos dorsais



30/09/2023

Princípios do alinhamento corporal/postura

A postura determina a distribuição do peso do corpo e a relação entre músculos e articulações

O Peso do corpo deve estar em equilíbrio em relação à coluna e ao centro de gravidade

A correta postura implica que os segmentos do corpo estejam equilibrados numa posição de menor tensão (esforço) e de maior suporte (estabilidade)

30/09/2023

ALINHAMENTO CORPORAL - De pé



Cabeça erecta, alinhada com a coluna vertebral

Queixo projectado para a frente

Coluna -direita, mantendo as curvas fisiológicas

Membro superior ao longo do corpo com os cotovelos ligeiramente flectidos

Membro Inferior Alinhados com a anca, maléolo e joelhos "ligeiramente flectidos"

Pés paralelos, afastados 7cm e em ângulo recto em relação aos membros inferiores

Manter músculos abdominais e glúteos contraídos

30/09/2023

ALINHAMENTO CORPORAL - Sentado

Cabeça - alinhada com a coluna

Queixo recolhido

Coluna direita, região dorso lombar apoiada na cadeira até às omoplatas

M. superiores- antebraços fletidos e apoiados nos braços da cadeira ou na mesa

M. Inferiores - coxas e joelhos fletidos em ângulo reto

Pés apoiados



30/09/2023

Posturas corretas na movimentação e transferência de doentes e cargas

➤ **Pés** orientados na direção do movimento, um à frente do outro, mantendo uma larga base de sustentação

➤ **Joelho e Membros Inferiores** fletidos com pés afastados de modo a aumentar a base de sustentação e maior estabilidade e equilíbrio. Utiliza-se os músculos longos dos membros e coxas protegendo a coluna e as lesões nos discos intervertebrais

➤ **Tronco** inclinado até 10°, com costas mantidas direitas evitando movimentos de flexão e rotações laterais



30/09/2023

Posturas corretas na movimentação e transferência de doentes e cargas

Manter um bom tônus muscular

Antes do esforço contrair primeiro os músculos abdominais e glúteos o que permite a protecção da coluna



Diminuir o atrito

- ✓ Utilizar resguardos
- ✓ Manter os lençóis esticados
- ✓ Utilizar tábuas de transferência

30/09/2023

Posturas corretas na movimentação e transferência de doentes e cargas

DIMINUIR O EFEITO DA GRAVIDADE

Baixar a cabeceira da cama porque implica um movimento oposto à força da gravidade.



Apoiar o cotovelo na superfície da cama, aumenta o poder de levantamento.

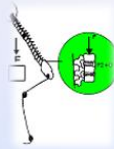


30/09/2023

PRINCIPIOS DE MOVIMENTAÇÃO DE CARGAS

- 1- Realizar o levantamento de carga com auxílio dos membros inferiores e não da região dorsal.

A postura correta deverá ser aquela em que os ombros estão direccionados para trás, o dorso alinhado e os joelhos dobrados.



2. Evitar flexão anterior do tronco prolongada

30/09/2023

PRINCIPIOS DE MOVIMENTAÇÃO DE CARGAS

3. Manusear a carga o mais perto do corpo, mantendo a estabilidade (base de sustentação)



Movimentar a carga o mais próximo do corpo/do centro de gravidade para diminuir o trabalho dos músculos. Evite levantar pesos do chão acima de 35% do peso corporal (60 kg-21 kg)



30/09/2023

EXEMPLOS DE POSTURAS INCORRETAS

Membros superiores acima dos ombros
Joelhos em extensão
Pés mal apoiados
Região dorsal desalinhada



30/09/2023

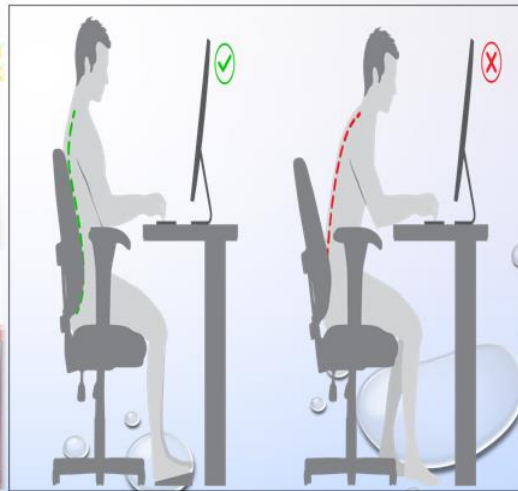
EXEMPLOS DE POSTURAS INCORRETAS



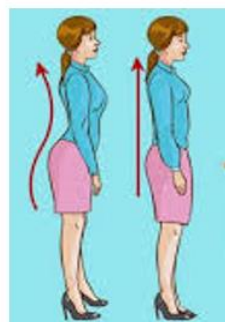
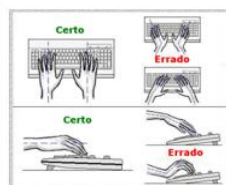
30/09/2023



Ergonomia =
Conforto
Segurança
Produtividade



30/09/2023



30/09/2023

EXEMPLOS DE POSTURAS CORRETAS



30/09/2023

Lesões musculo esqueléticas

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS D.-6. d., 2008) designam-se LMERT ou LMELT (Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho) as lesões que resultam da ação de fatores de risco profissionais como a repetitividade, a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho.

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são um dos problemas de saúde ocupacional mais frequente na Europa (EU-OSHA, 2019 - Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho)



30/09/2023

Enquadramento

• Estas lesões influenciam a saúde dos trabalhadores, aumentam os custos e diminuem a produtividade, podendo causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica (OSHA A. E., 2007).

• Serranheira, Uva e Leite (2012) salientam que os profissionais de saúde especializados constituem um grupo de excelência para a aplicação dos princípios da abordagem participativa da Ergonomia, através da capacitação dos trabalhadores relativamente ao conhecimento sobre as LMERT



30/09/2023



Lesões músculo esqueléticas

- ❖ As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são um dos problemas de saúde ocupacional mais frequente na Europa.
- ❖ Muito comuns entre os profissionais hospitalares, particularmente nos enfermeiros (Alexandre & roqante, 2000).
- ❖ Estas lesões influenciam a saúde dos trabalhadores, aumentam os custos e diminuem a produtividade, podendo causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica (osha a. E., 2007).

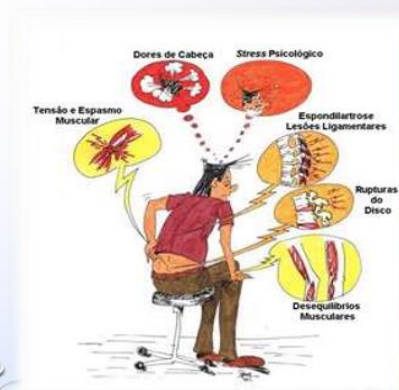
30/09/2023

Lesões músculo esqueléticas

As lesões músculo esqueléticas podem afetar diferentes partes do corpo:

Ombro, pescoço, cotovelo, mão, punho, Joelho, coluna vertebral.

São síndromes de dor crónica que ocorrem no exercício de uma dada atividade profissional



30/09/2023

Lesões músculo esqueléticas

Fatores de risco

- ❖ Permanência de períodos prolongados na posição de pé
- ❖ Distâncias percorridas
- ❖ Posturas incorretas
- ❖ Manuseamento e transporte incorreto de objetos pesados
- ❖ Movimentos de rotação e flexão do tronco com braços afastados
- ❖ Manipulações repetidas do peso do doente no leito/transferências para a cama/cadeira/wc



30/09/2023

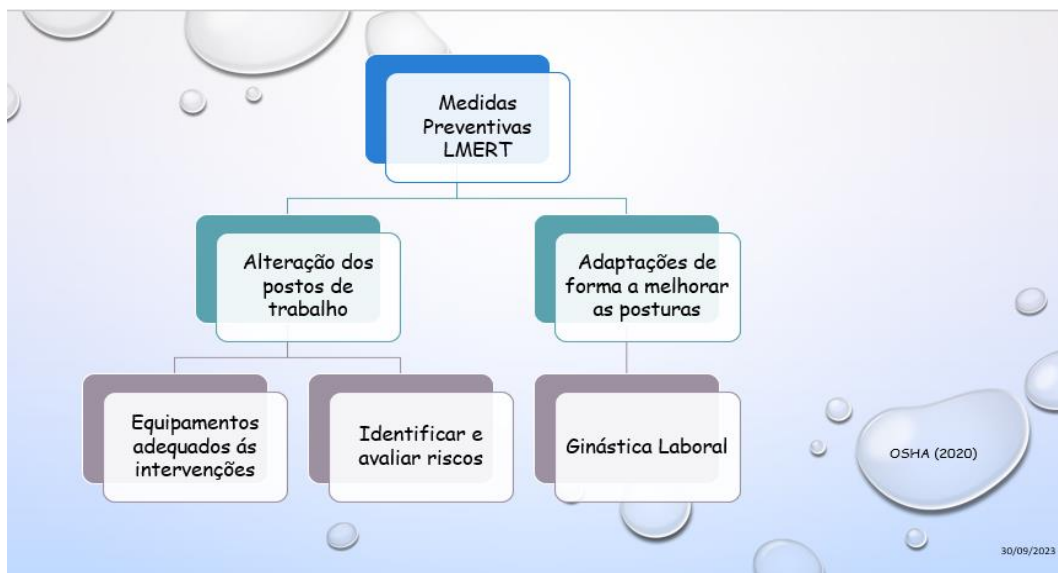
Lesões musculo esqueléticas

Prevenção das Lesões Musculo esqueléticas

- Organização/características do trabalho (planeamento e inter- ajuda nas intervenções, disponibilização de recursos humanos)
- Usar farda que permita movimentos amplos e calçado apropriado (com sola antiderrapante)
- Uso de dispositivos de ajudas técnicas
- Conhecimento e treino de técnicas de movimentação e transferência
- Manuseamento de carga de limite máximo 20 kg
- Ginástica laboral



30/09/2023



Prevenção de lesões músculo esqueléticas

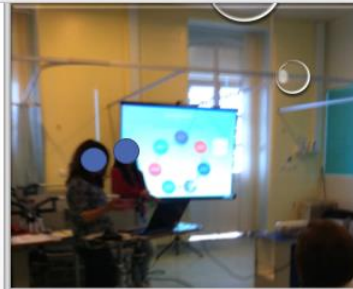
- Mecânica corporal



30/09/2023

A formação e informação dos profissionais de saúde sobre as lmer sobre os principais fatores de risco e forma de as prevenir, são algumas das medidas preventivas que, apesar de não substituírem a necessária melhoria das condições de trabalho, conduzem ao caminho correto de um investimento nas instituições de trabalho com o objetivo de os tornar mais saudáveis.

(Serranheira, uva e leite, 2012)



30/09/2023

GINÁSTICA LABORAL

Conjunto de exercícios físicos de baixa a moderada intensidade, realizados no ambiente e horário de trabalho com o objetivo de promover a saúde e evitar lesões músculo esqueléticas por esforços repetitivos.

(Lima, 2004)



30/09/2023

OBJETIVOS

Ativar fisiologicamente o organismo para as tarefas laborais;

Melhorar nível de concentração e disposição no trabalho;

Melhorar postura corporal, prevenindo acidentes e distúrbios osteomusculares e ligamentares;

Aliviar o stress;

Preparar o organismo para atividades de velocidade, força ou resistência;

Modificar postura no trabalho, diminuindo tensão muscular e respetiva fadiga.

30/09/2023

1. GINÁSTICA LABORAL PREPARATÓRIA

- Cerca de 5 a 10 min de aquecimento corporal

Objetivos: Aquecimento dos grandes músculos e segmentos corporais

EXERCÍCIOS:

- Coordenação,
- Equilíbrio,
- Resistência muscular



30/09/2023

2- GINÁSTICA COMPENSATÓRIA OU DE PAUSA

Pequeno intervalo a meio da jornada de trabalho (5-10 min.)

Objetivos: Interromper a monotonia operacional, alongar libertando a tensão dos músculos e compensando os desequilíbrios musculares, prevenindo a fadiga.

EXERCÍCIOS:

- Relaxamento
- mobilidade articular
- alongamento e resistência muscular (Alongamentos lentos, não repentinos)

30/09/2023

3. Ginástica de Relaxamento ou Final

No final da jornada de trabalho (5-10 min.)

Objetivos: Oxigenar as estruturas musculares envolvidas nas tarefas,
Eliminar tensões geradas com consequente relaxamento muscular
Reduzir a fadiga.

EXERCÍCIOS:

- Respiratórios
- Alongamentos
- Auto-massagem
- Meditação

30/09/2023

GINÁSTICA LABORAL

☺ Minimiza o impacto negativo advindo do sedentarismo, corrige posturas corporais e promove a saúde do trabalhador.

☺ Exercícios físicos durante uma pausa de 10 minutos no horário de trabalho



Fisiológicos



Psicológicos



Sociais

30/09/2023

BENEFÍCIOS FÍSICOS

1. Reeducação postural;
2. Melhoria da agilidade e coordenação motoras;
3. Melhoria da amplitude articular e da flexibilidade
4. Correção de desequilíbrios musculares;
5. Prevenção de lesões músculo esqueléticas.

30/09/2023

BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS

1. Melhora animo e disposição para o trabalho;
2. Reduz stress, ansiedade e fadiga mental;
3. Desperta o espírito de equipa;
4. Promove socialização.



30/09/2023

BENEFÍCIOS SOCIAIS

1. Promove integração social;
2. Melhora relacionamento interpessoal;
3. Favorece espírito de grupo;
4. Favorece contato pessoal.



30/09/2023

Geral:

Executar exercícios práticos de Ginástica Laboral, em grupo, durante 10 minutos

PAUSA ACTIVA



30/09/2023

ACRESCENTE QUALIDADE DE VIDA

Realize exercícios de alongamento e relaxamento entre as tarefas de maior sobrecarga de forma a prevenir lesões

Região cervical, cintura escapular e membros superiores



Coluna e membros inferiores



30/09/2023

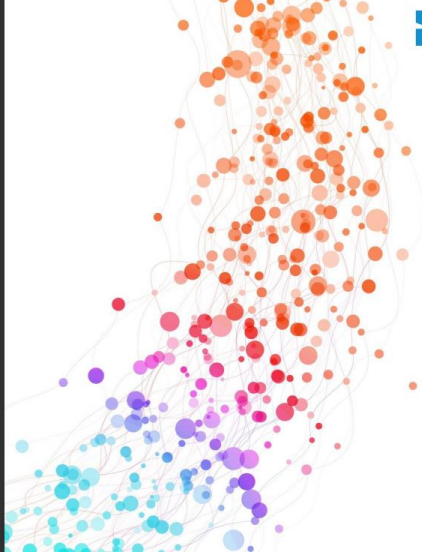
Bibliografia

1. Brasil (2017). Associação Brasileira de Ginástica Laboral. Disponível em: <http://www.abgl.org.br>.
2. Coelho, Marta. Estudo da frequência de lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho em profissionais de enfermagem. 2009. Porto http://www.confer.org.br/RevistasWeb/n13/02_GINASTICA_LABORA.pdf.
3. EU-OSHA- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2019). Retirado de: <https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders>
4. JERÓNIMO, J. - Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros. Coimbra: [s.n.], 2013. Dissertação de mestrado apresentada na ESENFEC.
5. MACHADO, A.R.C.; ARAÚJO, C.A.C. - As perturbações músculo-esqueléticas no trabalho em saúde: as dimensões organizacional e psicossocial. Revista Investigação em Enfermagem, nº 10, série 2 (2015), p. 17-25.
6. UVA, A.S. e SERRANHEIRA, F. - Trabalho e Saúde/(Doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. Revista Brasileira de Medicina no Trabalho, Vol. 11, nº 1 (2013) p.43-9. [Consultado 1 de Maio 2019]. Disponível em WWW: <URL:http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/revista_brasileira_de_medicina_do_trabalho_volume_11_n%C2%BA_1_111220131711187055475.pdf> VIEIRA.

30/09/2023

Esta apresentação foi elaborada em conjunto com a enfermeira orientadora do terceiro ensino clínico, num Serviço de Ortopedia de uma Unidade Local de Saúde, enfermeira Teresa Lopes

APÊNDICE VI – Sessão de Formação” Levante e Transferências”







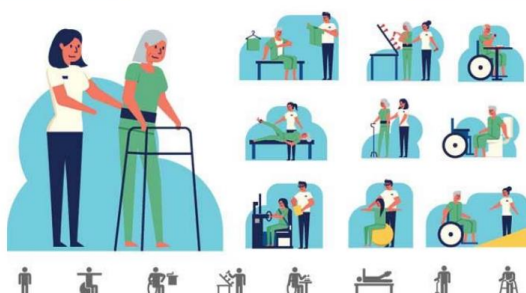
Formação Transferências

❖ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Isabel Santos

❖ Aluna de Enfermagem de Reabilitação Cátia Santos

5 e 6 de julho de 2023

Premir Esc para sair do modo de ecrã inteiro



“Uma transferência é um padrão de movimento, pelo qual se move uma pessoa, de uma superfície para outra. A pessoa pode transferir-se, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cadeira para a sanita ou vice-versa...” (Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, 2013)

Premir Esc para sair do modo de ecrã inteiro



A técnica de transferência deve garantir segurança, para o profissional, como para a pessoa a transferir, pelo que é essencial avaliar as necessidades e capacidades da mesma, relativamente à sua dependência, tamanho e peso, capacidade em compreender e vontade em colaborar.

O levante deve iniciar-se logo que a situação do utente o permita.

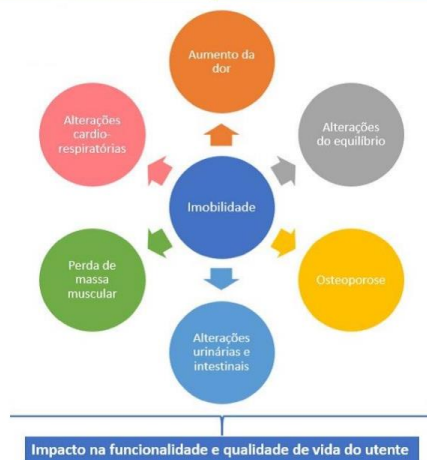
O levante:

- Previne complicações da imobilidade;
- Incentiva ao autocuidado;
- Treina para o equilíbrio;
- Prepara para a marcha.

(Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação, 2013)

Objetivos das transferências:

- ✓ Prevenir as úlceras de pressão;
- ✓ Prevenir as complicações da imobilidade;
- ✓ Promover o conforto;
- ✓ Qualidade de vida.



[https://pt-facebook.com/637063039770489/photos/a.1768544689955646/2325590190917757/?type=3&theater](https://pt.facebook.com/637063039770489/photos/a.1768544689955646/2325590190917757/?type=3&theater)

Orientações para a transferência de um utente:

- ✎ Analisar o peso que se consegue transportar e o peso do utente;
- ✎ Utilizar a mecânica corporal;
- ✎ Verificar o estado físico do utente para garantir a máxima segurança;
- ✎ Explicar ao utente, a tarefa a efetuar e pedir se possível, a sua colaboração;
- ✎ Pedir auxílio quando necessário.



(Faria, 2014)

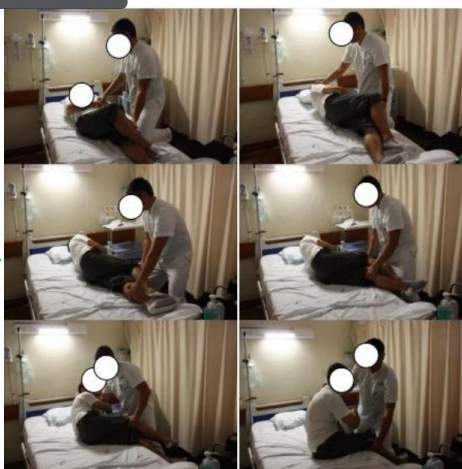
Durante a mobilização da pessoa, os profissionais devem segurá-la com firmeza. Para a mobilização dos utentes, o ideal é usar meios auxiliares, que facilitem a transferência, tais como: elevadores mecânicos, tábuas de transferência, cintos com pegas, pranchas ou resguardos.



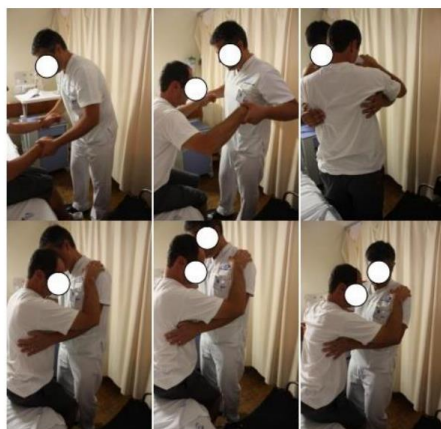
Para a prevenção de quedas é fundamental que a pessoa a transferir, esteja vestida e calçada de forma apropriada. Recomenda-se o uso de calças, pois facilita o procedimento, bem como o uso de calçado fechado e antiderrapante.

Transferência da cama para a cadeira de rodas

Premir **Esc** para sair do modo de ecrã inteiro



Premir **Esc** para sair do modo de ecrã inteiro



Transferência da cadeira para a cama



Premir **Esc** para sair do modo de ecrã inteiro

Utilização de prancha



Premir **Esc** para sair do modo de ecrã inteiro

Utilização de elevador/ guindaste



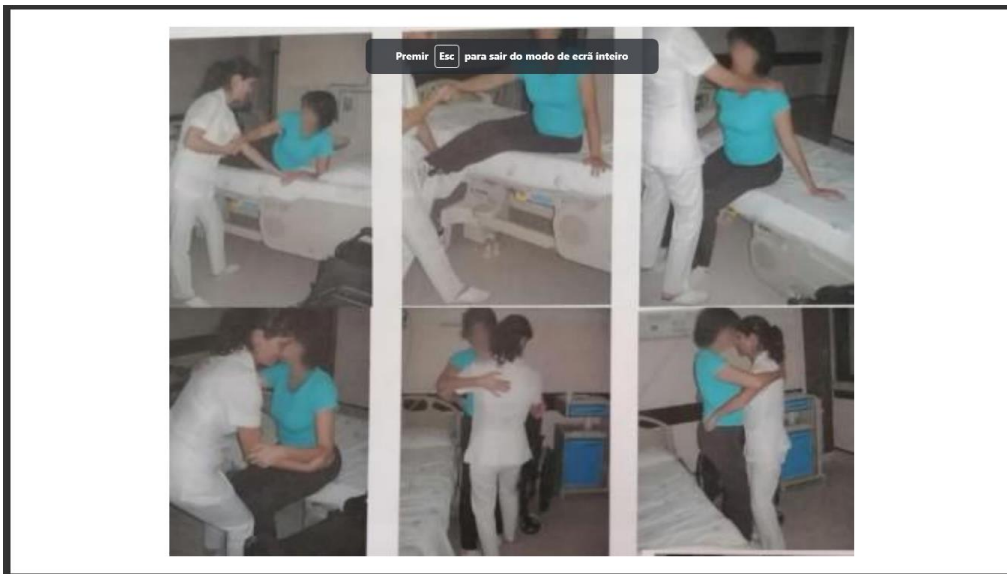
<https://www.youtube.com/watch?v=ISHbQNSWp6I>

Utente com AVC

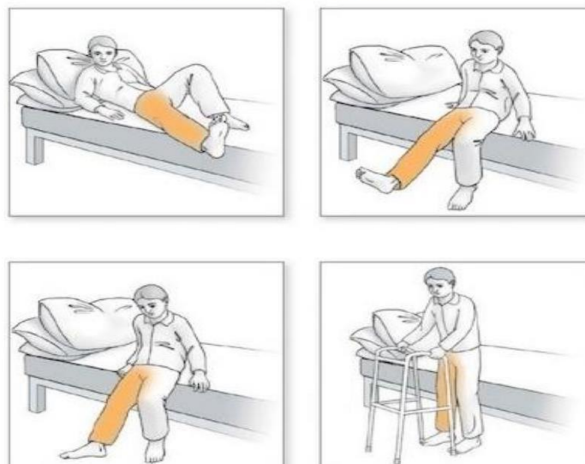
O profissional deve ajudar o utente no levantar:

- Rolar para o lado afetado, cruzar o membro inferior são sobre o membro afetado, a colocar os membros inferiores suspensos no leito, através do movimento cruzado dos membros superiores (em posição de aperto de mão), puxar pelo membro superior são. Em simultâneo, com a mão estabilizar o antebraço do lado afetado da pessoa, até passar da posição de deitado para o apoio no cotovelo. Colocar os membros inferiores suspensos no leito e transferir da cama para o cadeira/cadeirão.
- O profissional deve posicionar-se em frente à pessoa e trancar com os joelhos, os joelhos do utente, apoiar com a sua mão o cotovelo e antebraço do lado afetado, apoiar o membro superior não afetado no seu ombro, segurar na cintura do utente com a outra mão e, com um movimento único, levantar, pedir ao utente que incline o tronco para a frente e sentar o utente na cadeira de rodas ou cadeirão.

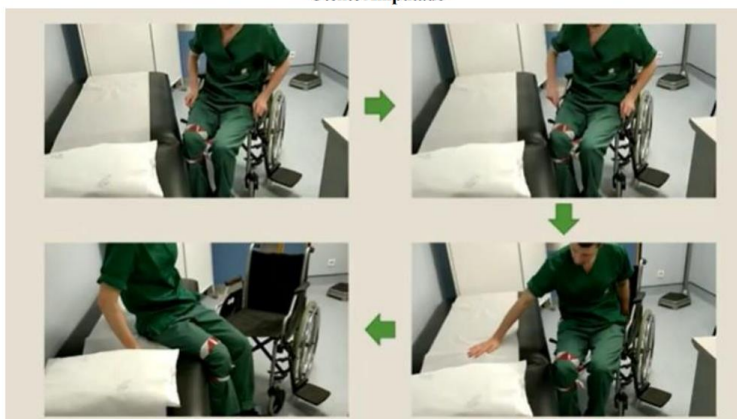
(Menoita,2012)



Utente com Prótese Total da Anca



Utente Amputado



Transferência para a sanita



Bibliografia

Faria, A. (2014). A pessoa após AVC: transição da autonomia para a dependência (Escola Superior de Saúde de Enfermagem do Porto, Ed.)

Guia orientador de boas práticas cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Ordem dos Enfermeiros, 2012

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

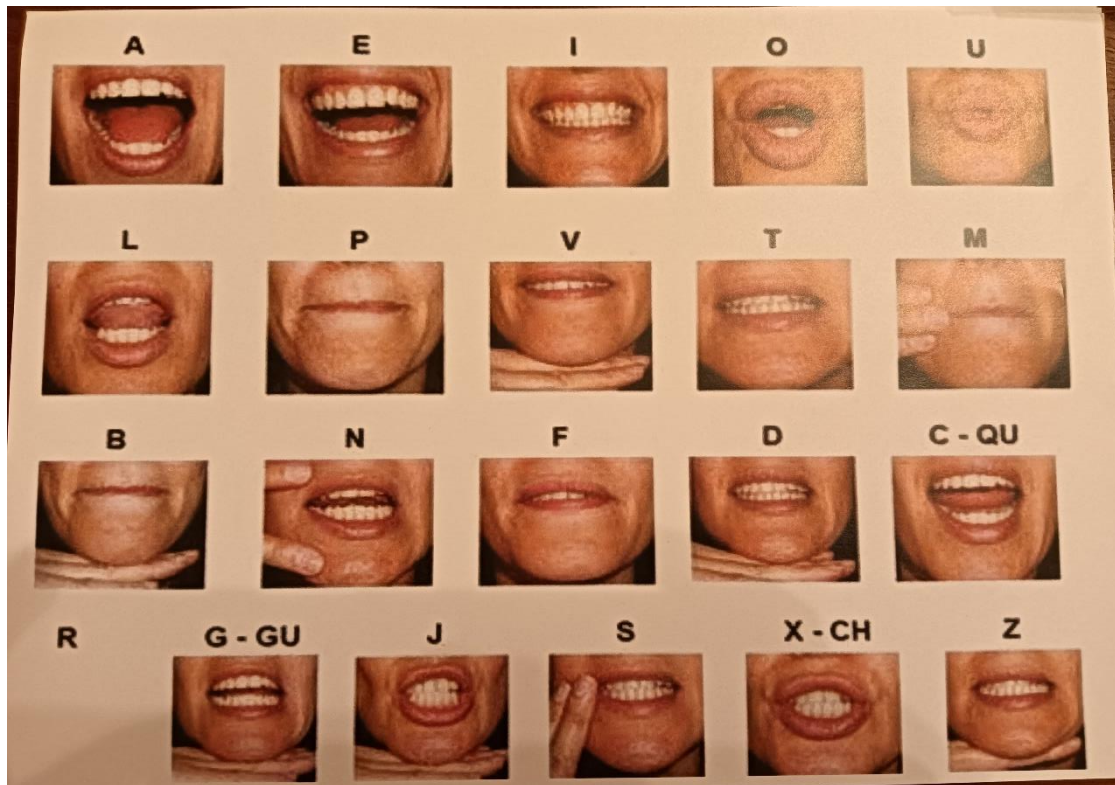
Menoita, E.C.(2012).Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos para um envelhecer Resiliente. Lisboa: Lusociência



Dúvidas?

Vamos praticar!

APÊNDICE VII – Exercícios de Estimulação para a afasia



**APÊNDICE VIII – Poster “Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação ao doente com afasia após AVC”**



Santos, Cécilia¹; Fernandes, Júlio²

1. Unidade 177 Unidade de Saúde da Região de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; 2. Unidade 177 Unidade de Saúde da Região de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A afasia afeta aproximadamente uma em cada três, das 16,9 milhões de pessoas, que em todo o mundo, sofrem um AVC, a cada ano. Pessoas com afasia têm maior mortalidade e morbilidade, níveis baixos de participação social e baixas taxas de retorno ao trabalho, e um risco quase três vezes maior de sofrer de depressão.¹

A lesão cerebral presente na afasia, pode levar a uma desorganização da linguagem, podendo afetar habilidades de acesso ao vocabulário, organização sintática, codificação e decodificação das mensagens. Segundo o tipo de afasia, a pessoa pode apresentar dificuldades na fluência, compreensão, repetição, nomeação, leitura, escrita, parafasia e agnosias.²

A classificação das afasias depende do desempenho do doente em determinados parâmetros, que são avaliados através de baterias de testes. Os parâmetros que são avaliados são os seguintes: fluência do discurso; capacidade de denominação de objetos; capacidade de repetição de palavras e capacidade de compreensão de ordens.³

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao doente com Afasia após AVC?”

Objetivo:

“Evidenciar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) ao doente com afasia após AVC.”

Metodologia:

Protocolo de Revisão Scoping, utilizando a metodologia proposta pela Joanna Briggs Institute (JBI)⁴, com utilização do método de PCC.

A pesquisa de estudos foi realizada com recurso às bases de dados, PubMed, CINAHL, Nurse & Allied e MEDLINE, com recurso à plataforma EBSCOhost, com dados de publicação entre 2015 e 2023, utilizando os descritores validados pela DeCS/MeSH.

Crítérios de Seleção	Crítérios Incluídos	Crítérios Excluídos
População	Doentes após AVC Doentes com afasia Idade superior a 18 anos	Sem correlação com o objetivo de estudo
Contexto	Reabilitação no doente com afasia	Todos os intervenções que não possam ser implementadas pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação
Área de Intervenção	Afasia	Outras alterações de comunicação

“(aphasia) AND (Rehabilitation) AND (stroke)”

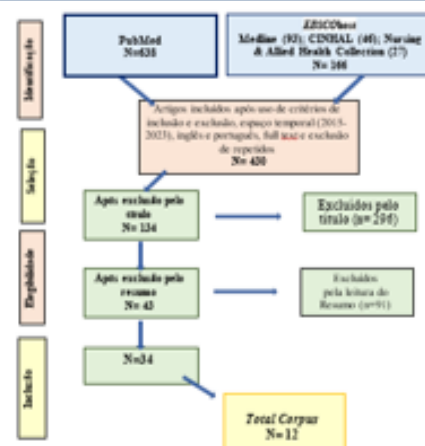


Fig. 1 Fluxograma PRISMA

RESULTADOS

- **Estimulação Cognitiva e Sensorial** - Exercícios de atenção, memória e linguagem, aplicação de cartões de imagem; CIAT (Terapia de afasia induzida por constrangimento);
- **Linguagem gestual** - Jogos de mímica, teatro improvisado, utilização de capacidades comunicativas, performativas e expressivas;
- **Motivação** - Apoio, escuta ativa, feedback positivo;
- **Capacitação** - Promoção à independência e autocuidado;
- **Integração social** - Grupos de apoio, atividades sociais e de lazer;
- **Integração do cuidador no processo** - Torná-los parceiros, fornecer ferramentas de apoio;
- **Formação dos profissionais** - Criar ambientes aphasia-friendly, relação enfermeiro-doente;
- **Musicoterapia** - Vocal e instrumental, terapia de entonação melódica (MIT);
- **Realidade Virtual e Telerreabilitação** - Utilização de novas tecnologias, terapia fonoaudiológica, terapia individualizada, conversa telefónica;
- **Fotografia** - Estimulação da memória, reintegração no ambiente familiar;
- **Terapia com animais** - Confiança, coragem, interação corporal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados exibidos indicam as intervenções que podem ser desenvolvidas pelo Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. As intervenções baseiam-se sobretudo estimulação cognitiva e sensorial, com componente educacional.

Apesar de já existirem projetos de reabilitação dirigidos para a pessoa com afasia, existe ainda pouca viabilidade dos programas e pouca viabilidade à necessidade da implementação destas intervenções por parte do EER. Face aos resultados apresentados, todas as intervenções exibidas são uma mais-valia para a reabilitação da pessoa com afasia.

Referências Bibliográficas:

1. Gubelsky H, Armstrong JJ, Bai T, Cooney M, Hsu M-L, Mollnes K, Whitworth A, Woland A, Wang T, Hickey GJ, Calhoun D-A, Swaback J, & VIBRO-CO (Vascular Inflammation Biomarkers in Cognitive Outcomes) (2021). A randomized control trial of intravenous therapy after stroke. *The New York Times*. Available from: <https://www.nytimes.com/2021/01/13/health/stroke-treatment.html>
2. Gubelsky H, Cooney M, Hsu M-L, Mollnes K, Whitworth A, Woland A, Wang T, Hickey GJ, Calhoun D-A, Swaback J, & VIBRO-CO (Vascular Inflammation Biomarkers in Cognitive Outcomes) (2021). A randomized control trial of intravenous therapy after stroke. *The New York Times*. Available from: <https://www.nytimes.com/2021/01/13/health/stroke-treatment.html>
3. Gubelsky H, Cooney M, Hsu M-L, Mollnes K, Whitworth A, Woland A, Wang T, Hickey GJ, Calhoun D-A, Swaback J, & VIBRO-CO (Vascular Inflammation Biomarkers in Cognitive Outcomes) (2021). A randomized control trial of intravenous therapy after stroke. *The New York Times*. Available from: <https://www.nytimes.com/2021/01/13/health/stroke-treatment.html>

APÊNDICE IX– Poster “Conhecer a Demência “



CONHECER A DEMÊNCIA

Professores: Dra. Juliana F. Fernandes e Dra. Luciana F. Santos, Fisiologia (2022), Larissa Guedes e Flávia Mendes, 2023

EM VIGÊNCIA

PROJETO VUC SIGMA



O QUE É A DEMÊNCIA?



É um conjunto de sintomas, onde ocorre deterioração da função cognitiva, ou seja, da capacidade de processar o pensamento (OMS, 2023).

Assim, a demência afeta:



Memória



Orientação



Compreensão



Cálculo



Linguagem



Capacidade de aprendizagem



Julgamento



Classificação Internacional de Doenças - CID-10
F00.0-09.9

FATORES DE RISCO

65+

Idade



Consumo de álcool



Fatores psicológicos
(ex. depressão)



Tabagismo



Fatores cardiovasculares
(HTA, colesterol,
diabetes, obesidade)



Sedentarismo

OMS, 2022

SINAIS E SINTOMAS



Perda de Memória



Apatia/ Indiferença/ depressão



Desorientação
temporal e espacial



Dificuldade na linguagem



Alterações de Humor
(Inquietação/ agitação)



Dificuldade em planejar e
resolver problemas



Dificuldade na
realização de tarefas



Dificuldade em reconhecer
objetos/ pessoas

TRATAMENTO NA DEMÊNCIA

A maior parte das demências são progressivas e **NÃO TEM CURA**, porém existem **terapias não farmacológicas** que melhoram a qualidade de vida de pessoas com demência.

PROGRAMAS E ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO



Estimulação dos sentidos (olfato, tato, visão, audição,
gosto)



Musicoterapia e aromaterapia



Terapia com animais



Técnicas de relaxamento e massagens



Exercício físico



ESTIMULAÇÃO COGNITIVA



Treino de Memória (ex. cidades começadas pela letra A)



Resolução de problemas (ex. separar objetos por cores)



Puzzles e jogos de raciocínio (ex. palavras cruzadas)



ORIENTAÇÃO PARA A REALIDADE



Orientar a pessoa para o tempo, espaço e contexto em que vive

REMINISCÊNCIA E MEMÓRIAS DE VIDA



Proporcionar tarefas e conversas centradas na experiência de vida e história da pessoa (p.e.: data de casamento, a primeira casa, nascimento de um filho). Utilização de fotografias.

TERAPIA DE VALIDAÇÃO



Validação e aceitação dos sentimentos da pessoa. Mostrar interesse em comunicar com ela.



APA, 2007

COMPLEXIDADE DO CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Cuidar da pessoa com Demência exige um **equilíbrio emocional**, para que o cuidador consiga lidar com as situações a que é exposto

(Figueiredo, Marques & Barbosa, 2016)

Definir objetivos

Gerir expectativas

A importância de "não insistir"

Procurar solucionar os problemas

EMPATIA, ter a capacidade de se colocar no lugar da outra pessoa



APÊNDICE X – Flyer “Conhecer a Demência”



O QUE É A DEMÊNCIA?



É um conjunto de sintomas, onde ocorre deterioração da função cognitiva, ou seja, da capacidade de processar o pensamento, afetando assim:



Memória



Cálculo



Linguagem



Orientação



Capacidade de aprendizagem



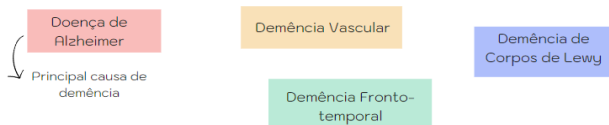
Compreensão



Julgamento



TIPOS DE DEMÊNCIA



FATORES DE RISCO

65+

Idade



Consumo de álcool



Fatores psicológicos (ex. depressão)



Tabagismo



Fatores cardiovasculares (HTA, colesterol, diabetes, obesidade)



Sedentarismo

SINAIS E SINTOMAS



Perda de Memória



Apatia/ Indiferença/ depressão



Desorientação temporal e espacial



Dificuldade com palavras, linguagem, construção de frases



Alterações de Humor (Inquietação/ agitação, agressão física)



Dificuldade em planejar e resolver problemas



Dificuldade na realização de tarefas



Dificuldade em reconhecer objetos/ pessoas



TRATAMENTO NA DEMÊNCIA

A maior parte das demências são progressivas e **NÃO TEM CURA**, contudo existem *terapias não farmacológicas que melhoram a qualidade de vida de pessoas com demência.*

PROGRAMAS E ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO

Estimulação dos sentidos (olfato, tato, visão, audição, gosto)



Musicoterapia



Aromoterapia



Terapia e atividades com animais



Técnicas de relaxamento/ massagens

Exercício físico

Nomear cidades, objetos...



TRATAMENTO NA DEMÊNCIA

Estimulação cognitiva



Treino de Memória (ex. cidades começadas pela letra A)

Resolução de problemas (ex. separar objetos por cores)

Puzzles e jogos de raciocínio (ex. palavras cruzadas)



Orientação para a realidade

Orientar a pessoa para o tempo, espaço e contexto em que vive



Reminiscência e memórias de vida



Proporcionar tarefas e conversas centradas na experiência de vida e história da pessoa. Utilização da fotografia.

Terapia de validação

Validação e aceitação dos sentimentos da pessoa. Mostrar interesse em comunicar com ela.



COMPLEXIDADE DO CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Cuidar da pessoa com Demência exige um **equilíbrio emocional**, para que o cuidador consiga lidar com as situações a que é exposto com calma e discernimento

Definir objetivos

Gerir expectativas

A importância de "não insistir"

Procurar solucionar os problemas

EMPATIA, ter a capacidade de se colocar no lugar da outra pessoa

Associações de apoio ao cuidador
da pessoa com demência



O poster e flyer intitulados “Conhecer a demência”, foram realizados em conjunto com a colega de Mestrado Inês Costa, em parceria com a UCC do Seixal

APÊNDICE XI – Poster “Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas”

Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS D.-G. d., 2008) as LMELT (Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho):

- ❖ Resultam da ação de fatores de risco profissionais como, repetitividade, a sobrecarga e a postura adotada durante o trabalho.
- ❖ É o principal problema de saúde ocupacional nos enfermeiros, acarretando elevados custos relacionados com a produtividade, os cuidados de saúde e a qualidade de vida

Ergonomia

A promoção da ergonomia no trabalho deve ser valorizada, pois promove um trabalho saudável e seguro junto dos profissionais, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Mecânica corporal



Medidas a implementar:

- Adaptação da posição, altura e configuração do local de trabalho;
- Boa iluminação;
- Cadeiras ajustáveis;
- Reduzir o peso das cargas e adquirir material adequado;
- Formação sobre métodos de trabalho e Ergonomia;
- Planificar o trabalho: evitar trabalho repetitivo e prolongado com posturas difíceis;
- Pausas curtas e frequentes;
- Rotação ou redistribuição de postos de trabalho;
- Promoção da saúde e de medidas de reintegração dos trabalhadores, que sofrem de lesões músculo-esqueléticas.

Fonte: Comissão Europeia (2016)

Ginástica laboral

- ✓ Programa de exercícios que visam preparar as estruturas musculares mais utilizadas durante os momentos de trabalho;
- ✓ Devem ter uma intensidade leve e uma duração de 10 min. Antes, durante e/ou após terminar do turno.



Vantagens:

- 😊 Corrige posturas adotadas;
- 😊 Aumenta a elasticidade;
- 😊 Diminui tensão muscular, stress e sintomas de dor;
- 😊 Melhora o humor;
- 😊 Aumenta o nível de energia.



Estudante de Enfermagem de Reabilitação Cátia Santos
Enfermeira Orientadora: EER Teresa Lopes
Professora Orientadora: Nélia Ferreira

Bibliografia: Sampaio, F., Sousa-Lima, A. & Sampaio-Lima, E. (2002). Capacidade de recuperação para a prevenção das LMELT: Contributos de abordagens orientativas de intervenção.

APÊNDICE XII – Norma de Procedimento “Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia”

	Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia, no Serviço de	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão ##	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

1. Objetivo

Uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente com afasia;

Capacitar os profissionais de saúde sobre as diferentes intervenções terapêuticas e sociais ao doente com afasia;

Habilitar os profissionais para os recursos existentes para o acompanhamento do doente e dos seus familiares;

Especificar as diferentes estratégias que permitem facilitar a comunicação com o doente com afasia.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os Enfermeiros do Serviço de Especialidades Médicas

3. Siglas, abreviaturas e definições

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Conselho de Administração

CIAT – Terapia de afasia induzida por constrangimento

IPA – Instituto Português da afasia

MIT – Terapia de entonação melódica

SNC – Sistema Nervoso Central

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

4. Referências

Cherney, L., & Robey, R. (2008). Aphasia treatment: recovery, prognosis and clinical effectiveness. In R. Chapey (Ed.), Aphasia and related neurogenic communication disorders (pp. 186- 202). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hallowell, B. (2017). Aphasia and other acquired neurogenic language disorders: A guide for clinical excellence. Plural Publishing.

Papathanasiou, I.; Coppens, P.; Davidson, B. (2017). Chapter 1- Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts, Management, and Efficacy in Papathanasiou, I.; Coppens, P. (2017). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders (2nd Ed). Jones&Bartlett Learning.

	Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia, no Serviço de	Data de entrada em vigor:	---/---/---
		Versão ##	---/---/---
		Próxima revisão:	---/---/---
		Cód. Documento:	PS.YYYY.YY/ /CCXX.00

5. Responsabilidades

À Enfermeira Gestora do serviço de Especialidades Médicas pela divulgação.
 Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do serviço pela apresentação, execução e verificação do procedimento.
 À equipa de Enfermagem pela aplicação do procedimento.

6. Procedimento

A afasia é uma perturbação adquirida das modalidades e funções linguísticas, causada por uma lesão cerebral focal no hemisfério dominante responsável pela linguagem, que afeta o funcionamento comunicativo e social do doente, a sua qualidade de vida e a qualidade de vida dos seus familiares e cuidadores (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

Os défices de linguagem apresentados pela pessoa com afasia podem estar presentes em todos os elementos linguísticos (fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática), em todas as modalidades (fala, leitura, escrita, gestos) e modos (expressão e compreensão) (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

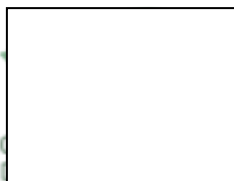
A afasia afeta os relacionamentos e atividades da vida, influenciando assim, a inclusão social da pessoa, o acesso a informações e serviços, a igualdade de direitos e a inclusão na família e comunidade (Hallowell, 2017).

A principal causa da afasia é o AVC sendo que 20% a 40% dos AVCs resultam em afasia aguda. No entanto, outras causas possíveis são: tumores cerebrais, traumatismos crânio encefálicos (TCE), infeções ou outras lesões cerebrais (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017).

A afasia manifesta-se de diferentes formas, com sintomas e níveis de gravidade variados. Existem afasias fluentes e afasias não fluentes. Os doentes com afasias fluentes são capazes de falar facilmente, com poucas hesitações, ainda que as palavras produzidas (faladas ou escritas) possam não ser palavras reais, ou não transmitir aquilo que pretendem. Estas pessoas têm mais dificuldade na compreensão do que na expressão, pelo que são denominadas como afasias de compreensão ou receção. São originadas por lesões no lobo temporal, e por isso podem também chamar-se afasias posteriores. São exemplos de afasias fluentes, a afasia de Wernicke e a afasia de condução.

Os doentes com afasias não fluentes produzem poucas palavras, e o seu discurso é pouco articulado e/ou produzido com esforço. Estas pessoas compreendem melhor do que se expressam, logo são denominadas como afasias de expressão. Como são normalmente causadas por lesões no lobo frontal, são também chamadas de afasias anteriores. São exemplos de afasias não fluentes, a afasia global e a afasia de Broca (Hallowell, 2017).

O processo de reabilitação da pessoa com afasia começa ainda no internamento hospitalar. Os primeiros três meses são muito importantes na recuperação da afasia, resultante do AVC, ou de outra lesão cerebral aguda, já que é nas primeiras semanas que ocorre grande parte da recuperação espontânea e da Neuroplasticidade cerebral.

	Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia, no Serviço de	Data de entrada em vigor:	.../.../...
		Versão ##	.../.../...
		Próxima revisão:	.../.../...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Intervenções:

Princípios gerais:

- Palavras simples e diretas para o doente, proporcionar um ambiente calmo e livre de estímulos externos;
- Avaliar se as intervenções realizadas se adequam às capacidades atuais do doente;
- Usar o princípio de estimulação repetida intensivamente;
- Avaliar a efetividade de cada intervenção, com cada doente.

Intervenção	Ações a desenvolver
Estimulação Cognitiva e Sensorial	Exercícios de atenção, memória e linguagem, utilização de cartões de imagem com cores, números e letras
CIAT (Terapia de afasia induzida por constrangimento)	Comunicar apenas em palavras ou frases faladas, restringir qualquer tipo de comunicação gestual. Utilização de exercícios de vocabulário, gramática, leitura, ditado
Linguagem gestual	Jogos de mimica, teatro improvisado, estimulação das capacidades performativas e expressivas, realização de gestos simbólicos
Musicoterapia	Vocal e instrumental, terapia de entonação melódica (MIT)
Realidade Virtual e Telerreabilitação	Utilização de novas tecnologias, conversa telefónica (com familiares, amigos ou outros doentes com afasia). Utilização de aplicações e jogos virtuais
Terapia fonoaudiológica	Exercícios de fonação (pá, pá, pá; tá, tá, tá; cá, cá, cá) Terapia de alimentação e deglutição: exercícios para fortalecer os músculos da face, como massagem facial e vários exercícios de língua, lábio e mandíbula.
Fotografia	Estimulação da memória, reintegração no ambiente familiar
Motivação	Apoio, escuta ativa e feedback positivo
Capacitação	Promoção à independência, capacitar o doente a desenvolver estratégias de comunicação
Integração social	Atividades sociais e de lazer, realizar sessões de grupo.
Integração do cuidador no processo	Torná-los parceiros, fornecer ferramentas de comunicação.
Criar ambientes aphasia-friendly	Criação de uma boa relação entre o profissional e o doente, obter confiança do doente, estimular os profissionais à compreensão das manifestações corporais do doente.

	Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia, no Serviço de	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ /XXXX.00

Encaminhamento do doente:

Após a alta hospitalar, informar o doente e os seus familiares/ cuidadores da existência de instituições promotoras da reabilitação da afasia, como o IPA (Instituto Português da Afasia), que promove a participação e o envolvimento social aos doentes com afasia.

Referenciação



Formulário de Referenciação IPA

Página 1

Nome do doente (nome completo):

Localidade:

Endereço (rua, número, código postal):

Seu e-mail (para contacto futuro):

Proceder

Formulário 01 | Versão 01/2023

Para além da referenciação para esta Instituição, comunicar à pessoa a existência de aplicações móveis existentes que facilitam a comunicação.



Pré-visualização do App Store

Descarregar este aplicativo no App Store

Afasia IPA (5)

Com Comunicação e Memória

IPA Afasia

Desenvolvido por IPA

Grátis

Capturas de ecrã

The app interface shows a home screen with icons for 'Afasia', 'IPA', 'Comunicação', and 'Memória', and a central section for 'Afasia IPA' with a large orange button and text about communication and memory exercises.

	Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia, no Serviço de	Data de entrada em vigor:	__/__/__
		Versão ##	__/__/__
		Próxima revisão:	__/__/__
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

Para além do IPA, existe também uma instituição denominada de "União de familiares e amigos com AVC", que tem como objetivo a promoção de ações que ajudam na prevenção do AVC e suas consequências, e, contribuem no auxílio às necessidades sentidas pelos sobreviventes de AVC e familiares.



Conclusão:

Quando a estimulação cognitiva é realizada numa fase precoce existem progressos significativos, levando a uma melhoria da qualidade de vida do doente. A reabilitação cognitiva atua na estimulação das distintas partes do cérebro, trabalhando a Neuroplasticidade, ou seja, a capacidade de reorganização do SNC, de acordo com mudanças ambientais, experimentais, sociais e físicas.

7. Anexos

Instrumento de Auditoria Clínica Interna:

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	11/2023		Versão original	Enf. Cátia Santos, aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação; Enf José Zeferino, Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Revisão:

A rever por:		Data da próxima revisão:
--------------	--	--------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:		Data:
		Data:
Ratificado por:	Conselho de Administração/Diretor do Serviço/Unidade Funcional Autónoma	Data:

Grelha de Auditoria: (Intervenção de Enfermagem ao Doente com Afasia, no Serviço de Especialidades Médicas)			
Serviço: Especialidades Médicas	Data:	Responsável do Serviço:	Auditor (es)

N.º Doentes internados no momento da auditoria?	N.º de profissionais inquiridos.	N.º de processos clínicos auditados.	N.º de ...

CrITÉRIOS	C	NC	NA	Observações
1) Os enfermeiros recorrem à estimulação cognitiva e sensorial, através de exercícios de atenção, memória e linguagem, utilização de cartões de imagem com cores, números e letras.				
2) Os enfermeiros comunicam apenas em palavras ou frases faladas, restringem qualquer tipo de comunicação gestual.				
3) Os enfermeiros utilizam exercícios de fonação (pá, pá, pá; tá, tá, tá; cá, cá, cá), terapia de alimentação e deglutição: exercícios para fortalecer os músculos da face, como massagem facial e vários exercícios de língua, lábio e mandíbula.				
4) Os cuidadores tornam-se parceiros no processo.				
5) No momento da alta hospitalar, os enfermeiros informam o doente e os seus familiares/ cuidadores da existência de instituições promotoras da reabilitação da afasia, como o (Instituto Português da Afasia)				
6) Os enfermeiros informam a pessoa da existência de aplicações móveis existentes que facilitam a comunicação.				
Totais				

Legenda: **C** - Conforme | **NC** – Não Conforme | **NA** – Não Aplicável

Indicador: Taxa de conformidade global

$$\frac{\text{N.º de critérios conformes}}{\text{(N.º de critérios aplicáveis – total de critérios não aplicáveis)}} \times 100 = (\% \text{ Taxa de conformidade Global})$$

Observações e Sugestões

APÊNDICE XIII – “Roda das emoções”



APÊNDICE IX – Plano de ação de sessão “Estimulação Cognitiva”

Sessão “Estimulação Cognitiva”

A sessão é constituída por três momentos e tiveram toda a seguinte estrutura:

- **INTRODUÇÃO** (5 minutos):

Cumprimentar os participantes

Perguntar/relembrar aspetos da orientação temporal (ex.: o ano, o mês, o dia do mês, dia da semana, estação do ano) e espacial (ex.: distrito, cidade)

- **PARTE PRINCIPAL** (25 - 35 minutos):

Realização dos exercícios de estimulação cognitiva e sensorial

- **FINALIZAÇÃO** (5 minutos):

Obter feedback sobre atividade realizada, perguntando sobre as principais dificuldades

Agradecer a participação

Tema: Estimulação Cognitiva e sensorial

Organizadora: Aluna de enfermagem de Reabilitação Cátia Santos

Objetivos:

Otimizar as capacidades cognitivas;

Promover o bem-estar;

Promover o convívio e a socialização;

Exercitar a perceção auditiva, visual e tátil;

Favorecer a organização viso-espacial;

Exercitar a função executiva através do raciocínio e resolução de problemas.

Destinatários: Utentes da UCCI

Meios materiais: Jogos didáticos, como UNO, jogo do galo, Double, Mikado, Dominó, etc...

Duração: 45 min

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado prémio de Poster



ANEXO 2 - Certificado de Formação “Ergonomia e Prevenção De Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARRÁBIDA
GABINETE DE GESTÃO DE FORMAÇÃO E ENSINO

Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido da interessada, declara-se que **Cátia Sofia Azevedo dos Santos**, preleto na seguinte ação de formação em serviço:

- “**Segurança do utente e Ergonomia – Posicionamentos e transferências**”, que decorreu no dia 30 de setembro de 2023, com a duração de 30 minutos.

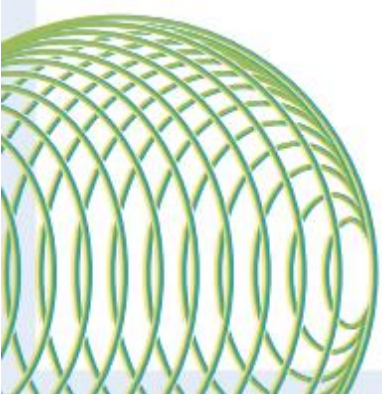
Setúbal, 10 de maio de 2024

A Responsável do Gabinete de Gestão da Formação e Ensino

ENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
HOSPITAL DE BERNARDO
HOSPITAL INFANTIL SANTO DOMINGOS
Rua Camilo Castelo Branco
Setúbal
Contribuinte Nº 607 608 767

Maria Paula Rodrigues

**ANEXO 3 – Certificado de participação nas jornadas Universitárias e
Politécnicas Egas Moniz**

 EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE	CERTIFICA-SE QUE
	Cátia Santos
	 JORNADAS CIENTÍFICAS EGAS MONIZ
 PROFESSOR DOUTOR JORGE FONSECA Presidente do Conselho Técnico-Científico da ESSEM e da Comissão Organizadora	Participou nas IV Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz, entre 27 e 30 de novembro de 2023.
	

ANEXO 4 – Escala de Borg

ESCALA DE BORG ADAPTADA PERCEPÇÃO 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	

ANEXO 5 – Grelha Classificação afasias

TIPOS DE AFASIAS (DISTÚRBIOS DA LINGUAGEM)

