



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

Tatiana Vanessa Gonçalves Gomes

INTERVENÇÕES NA
CAPACITAÇÃO DO
CUIDADOR INFORMAL DA
PESSOA COM AFASIA

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR
INFORMAL DA PESSOA COM AFASIA**

Relatório Final de Estágio

Tatiana Vanessa Gonçalves Gomes

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Mestre Especialista Eduardo Soares

Oliveira de Azeméis | 2024

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório de mestrado contou com importantes apoios e incentivos, sem os quais não se teria tornado uma realidade.

Ao meu orientador, aos tutores de estágio, a todos os que se cruzaram comigo nesta jornada e, em especial, à minha família o meu sincero agradecimento pelo contributo de cada um para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu orientador, agradeço a sua disponibilidade e o apoio constante. O seu conhecimento, resiliência, perspicácia e palavras de incentivo foram fundamentais para o meu sucesso.

Aos meus tutores de estágio, agradeço o tempo dispensado e o esforço que dedicaram na transmissão de novos conhecimentos e na orientação durante os estágios, mesmo quando o cansaço começava a ser evidente. O conhecimento avançado e diferenciado proporcionou-me momentos ricos em aprendizagem e o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo. Estou verdadeiramente grata por ter tido a oportunidade de aprender com profissionais tão inspiradores e competentes.

A todos os outros que cruzaram o meu caminho, seja por breves momentos ou ao longo de toda esta jornada, expresso igualmente o meu agradecimento.

Por último, dirijo um agradecimento especial aos meus pais e à minha querida família, pelo seu apoio incondicional, incentivo e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos.

A eles dedico este trabalho!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

BIS – Índice Bispectral

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG - Eletrocardiograma

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ESSNCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FC – Frequência Cardíaca

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPA – Instituto Português da Afasia

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACT - *Partners of Aphasic Clients Conversation Training*

PCC – População, Conceito, Contexto

PDCA - *Plan; Do; Check; Act/Adjust*

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RMN – Ressonância Magnética

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TC – Tomografia Computorizada

RESUMO

O plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, a decorrer no ano letivo de 2023/2024, visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

O curso teve a duração de três semestres, integrando componentes teóricas e práticas, com a realização de estágios em Unidades Locais de Saúde da região norte de Portugal, entre os dias 2 de outubro de 2023 e 8 de março de 2024, período no qual se insere o presente relatório.

O relatório final de estágio visa demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas na área de especialização em enfermagem de reabilitação, com um foco na excelência dos cuidados e na segurança da pessoa. Este documento está dividido em duas partes: componente de estágio e componente de investigação.

A primeira parte, refere-se ao estágio realizado numa unidade de ambulatório de Reabilitação Respiratória, num serviço de Ortopedia, de Cardiorácica e num serviço de Cuidados Intensivos. Esta, encontra-se dividida em 4 subcapítulos, onde é realizada uma análise crítico-reflexiva das experiências vividas, das atividades realizadas e das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, acrescentado o detalhamento de aptidões que foram sendo desenvolvidas.

A segunda parte, que é referente à componente de investigação, trata-se de uma *scoping review*, utilizando a metodologia do *Joanna Briggs Institute* na versão de 2020, com o objetivo de mapear a evidência científica, identificando as intervenções na capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia.

De um total de 285 artigos, foram incluídos 5 artigos nesta revisão. Desta revisão constatamos que um programa de ensino aos cuidadores informais é fundamental e imprescindível na vida das pessoas com afasia, potenciando a sua qualidade de vida. Este programa de ensino deve conjugar intervenções para promover a capacitação, com as estratégias adaptativas da comunicação, que consistem em metodologias de treino do cuidador informal, podendo chegar a alcançar a mestria.

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é fundamental neste processo de capacitação, não só pela sua capacidade de envolver e capacitar a pessoa e cuidadores no processo de reabilitação, como também pelo seu conhecimento diferenciado e avançado na área.

Ao longo deste percurso em especialização em enfermagem de reabilitação, foram desenvolvidas competências de enfermagem avançada, refletidas no presente documento. As mesmas permitiram exercer uma prática clínica sustentada em evidência científica, permitindo uma tomada de decisão assente numa prática crítica e reflexiva, seguindo os documentos pelos quais a enfermagem se rege, garantindo a segurança nos cuidados e uma melhoria contínua da qualidade.

Palavras-chave: enfermagem de reabilitação; desenvolvimento de competências; afasia; cuidador informal; AVC

ABSTRACT

The study plan of the (I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) first Master's Course in Rehabilitation Nursing at the "Cruz vermelha" Portuguese North Health School (Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa), taking place in the academic year 2023/2024, aims at obtaining the degree of Master in Rehabilitation Nursing.

The course spanning three semesters, from October 2nd 2023 to March 8th 2024, integrated theoretical and practical components, including internships at local health units in northern Portugal. This report will be included in this period.

The primary goal of the final internship report is to showcase the advancement of specialized nursing skills in rehabilitation nursing, emphasizing high-quality care and personal safety. The report has two primary sections: the internship and the research components.

The initial section focuses on the internship completed in various healthcare facilities, including an outpatient Respiratory Rehabilitation unit, an Orthopedics service, a cardiothoracic service, and an Intensive Care service. This section has four sub-chapters, each containing a critical reflection analysis of included activities and experiences, for general and specialized nursing skills.

Each of these sub-chapters includes detailed descriptions of the acquired skills.

The second section, which concerns the research component, is a scoping review using the Joanna Briggs Institute methodology in the 2020 version, aiming to map the scientific evidence and identify interventions in the empowerment of informal caregivers of people with aphasia.

Out of a total of 285 articles, 5 were included in this review. It was possible to observe that an educational program for informal caregivers is fundamental and essential in the lives of people with aphasia, enhancing their quality of life. This teaching program should combine interventions to promote empowerment with adaptive communication strategies, which consist of training methodologies for the informal caregiver, enabling them to achieve mastery.

The role of the specialist nurse in rehabilitation nursing is fundamental in this empowerment process, not only for their ability to involve and empower the person and caregivers in the rehabilitation process, but also for their differentiated and advanced knowledge in the field.

Throughout this specialization journey in rehabilitation nursing, advanced nursing skills have been acquired, as reflected in this document. These skills have allowed for a clinical practice based on scientific evidence, enabling decision-making based on critical and reflective practice, following the documents by which nursing is governed, ensuring care safety, and continuous quality improvement.

Keywords: rehabilitation nursing; skill development; aphasia; informal caregiver; stroke

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Objetivos de estágio em enfermagem de reabilitação em processo respiratório	30
Tabela 2 - Objetivos de estágio em enfermagem de reabilitação em processo ortopédico	33
Tabela 3 - Objetivos de estágio em enfermagem de reabilitação em processo cardíaco	36
Tabela 4 - Classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013)	65
Tabela 5 - Estratégia de pesquisa	73
Tabela 6 - Tabela de resultados	77
Tabela 7 – Tabela de extração dos dados	83
Tabela 8 – Tabela complementar de extração dos dados do estudo 1	125
Tabela 9 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 2	132
Tabela 10 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 3	138
Tabela 11 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 4	143
Tabela 12 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 5	149

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA adaptado de Peters <i>et al</i> (2020).....	75
Figura 2 - Capacitação do Cuidador Informal	85
Figura 3 - Diagrama de <i>Ishikawa</i>	113
Figura 4 - Indicadores.....	114
Figura 5 - Fluxograma.....	115

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento dos contextos de estágio	27
1.1. Estágio de Enfermagem de Reabilitação em processo respiratório	28
1.2. Estágio de Enfermagem de Reabilitação em processo ortopédico	30
1.3. Estágio de Enfermagem de Reabilitação em processo cardíaco	33
1.4. Estágio de Enfermagem de Reabilitação em cuidados intensivos.....	37
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	39
2.1. Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	39
2.2. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade	41
2.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados.....	44
2.4. Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	46
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	49
3.1. Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	49
3.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	50
3.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	52
4. Considerações finais	55
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	Erro! Marcador não definido.
1. Resumo	59
2. Abstract.....	61
3. Fundamentação/enquadramento teórico	63
3.1. Epidemiologia do AVC.....	63
3.2. Afasia um distúrbio da linguagem	64

3.3.	O cuidador informal da pessoa com afasia	66
3.4.	O papel do EEER na capacitação do cuidador	67
4.	Objetivos e finalidade	69
5.	Metodologia	71
5.1.	Desenho do estudo	71
5.2.	Questão de Investigação	71
5.3.	Estratégia de pesquisa, seleção dos estudos e extração de dados.....	72
5.4.	Considerações éticas	73
6.	Resultados.....	75
7.	Discussão.....	85
8.	Conclusão	91
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
	APÊNDICES.....	101
	APÊNDICE I: FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A CIRURGIA DA ANCA.....	103
	APÊNDICE II: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA	109
	APÊNDICE III: TABELAS COMPLEMENTARES DE EXTRAÇÃO DOS DADOS	117

INTRODUÇÃO

A saúde cardiovascular constitui uma preocupação primordial no contexto da epidemiologia a nível mundial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021). A persistência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte no país (32452 óbitos em 2021), embora tenha experimentado um declínio de 6,2% em comparação com o ano anterior, continua a ser um desafio contínuo para os sistemas de saúde e a sociedade em geral, conforme evidenciado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2023).

Dentro desse grupo de doenças, é notável a incidência do acidente vascular cerebral (AVC), que se posiciona como a principal causa de mortalidade, registando aproximadamente 17,9 milhões de óbitos, em 2019, a nível mundial (OMS, 2021), sendo que, em Portugal, o número de óbitos foi de 9613, em 2021 (INE, 2023).

Todavia, a complexidade das consequências decorrentes de eventos como AVC não se limita à mortalidade. Os sobreviventes enfrentam, frequentemente, uma variedade de deficiências neurológicas que comprometem significativamente a qualidade de vida. Tais deficiências não se restringem ao âmbito físico, mas estendem-se ao domínio da linguagem, como a afasia, emergindo como uma preocupação importante (Kaur *et al.*, 2020).

Afasia é um distúrbio de linguagem que afeta a capacidade de compreender e expressar, causada por uma lesão no córtex cerebral, mais especificamente na região frontal do hemisfério esquerdo, na maior parte dos casos como consequência de um AVC (Fridriksson *et al.*, 2015).

Os dados indicam que a afasia chega a atingir entre 20% a 43% das manifestações numa pessoa após AVC (Couto *et al.*, 2020; González *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2016).

A palavra comunicação compreende um comportamento interativo no sentido de dar e receber informação (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2019). Subentende-se que haja uma partilha, convívio e criação ou manutenção de relações. Mas, no contexto da afasia, torna-se evidente a presença de uma barreira comunicacional e isto tem implicações significativas na qualidade de vida (Donati *et al.*, 2020).

A incapacidade de responder a perguntas simples contribui para uma sensação de despersonalização. Uma pessoa com afasia enfrenta obstáculos em situações do dia-a-dia que antes eram simples e naturais. Essa desconexão entre a intenção de se comunicar e a eficácia da expressão de pensamentos pode resultar em dificuldades sociais e relacionais, afetando a interação com o ambiente e as pessoas ao seu redor. A afasia não compromete

apenas a fluidez comunicativa, mas também se reflete na esfera social (Ramazanu *et al.*, 2022).

Com efeito, surge a importância do envolvimento do cuidador informal como um aliado ao processo de transição de saúde para a doença, com o objetivo de ajudar a ultrapassar as falhas existentes na comunicação, podendo ser um facilitador neste processo (Meleis, 2010). O cuidador informal facilita a interação com o meio envolvente (Teles, 2016). A paciência, o apoio emocional e a compreensão do cuidador são elementos chave na construção da resiliência da pessoa com afasia. O cuidador informal assume-se como um elemento facilitador em contextos sociais, educacionais e de saúde, uma vez que pode participar em consultas médicas, terapias e interações com a comunidade, garantindo que as necessidades específicas da pessoa com afasia sejam reconhecidas e atendidas (Teles, 2016). A sua dedicação facilita a prática de comunicação, o apoio emocional e a construção de uma ponte entre a pessoa e o mundo ao seu redor (Pitt *et al.*, 2019). O cuidador informal é um elo valioso na adaptação, reabilitação e qualidade de vida daqueles que enfrentam os desafios da afasia (Donati *et al.*, 2020; Pitt *et al.*, 2019; Teles, 2016).

Ser cuidador informal requer um esforço contínuo ao nível cognitivo e emocional, provocado pela dependência da pessoa afásica, podendo mesmo levar ao desgaste do cuidador. Torna-se difícil o cuidador informal ter tempo para realizar as suas tarefas pessoais. É, pois, um fator gerador de ansiedade, já que o cuidador informal passa a ser o seu suporte (Jesus *et al.*, 2023). Esta ansiedade pode ser provocada por falta de capacitação no processo de cuidar da pessoa com afasia, não realizada pelos enfermeiros (Dixe & Querido, 2020). É necessário capacitar o cuidador informal sobre técnicas adaptativas da comunicação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é um profissional competente para capacitar a pessoa e cuidador, desempenhando o papel de facilitador na reinserção social da pessoa com limitações, promovendo um ambiente seguro. O especialista concebe, implementa e avalia planos de intervenção com o recurso a técnicas adaptativas, com o objetivo de promover o autocontrolo no processo de transição de saúde/doença (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio).

Por conseguinte, surge o presente documento reunindo os seguintes objetivos: demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas na área de especialização em enfermagem de reabilitação e mapear a evidência científica, identificando as intervenções de enfermagem na capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia.

Este documento está dividido em duas partes: componente de estágio e componente de investigação.

Importa ressaltar que a primeira parte, se encontra repartida em 4 subcapítulos relativos aos estágios em diferentes contextos: unidade de ambulatório de Reabilitação Respiratória, serviço de Ortopedia, serviço de Cardiotorácica e serviço de Cuidados Intensivos.

No primeiro subcapítulo, contextualizamos os estágios, fazendo uma breve descrição dos locais, dando ênfase ao papel do EEER nas diferentes áreas da prestação de cuidados.

No segundo e terceiro subcapítulos, apresentamos as atividades realizadas para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER.

Por último, expomos as considerações finais do estágio, dando evidência aos contributos do mesmo para o desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação.

A segunda parte, referente à componente de investigação, dividimos em 8 subcapítulos, iniciando-se por um resumo em português e inglês, seguido do enquadramento teórico que sustenta o tema em estudo, a finalidade e os objetivos definidos. Posteriormente, descrevemos a metodologia usada, são apresentados os resultados e fazemos uma discussão dos mesmos. Por último, a conclusão, refere as potenciais implicações na prática clínica e as referências bibliográficas.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O Estágio de Enfermagem de Reabilitação decorreu em quatro contextos diferentes, com início a 2 de outubro de 2023 e término a 8 de março de 2024, composto por 810 horas, das quais 430 corresponderam a horas de contacto.

Foram realizados em duas Unidades Locais de Saúde, no norte do país. Ambas pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e são uma referência para o Sistema de Saúde, não só pela eficiência, responsabilidade, sustentabilidade e inovação na prestação de cuidados de saúde, mas também pela criação de valor em saúde, através da formação pré e pós-graduada (Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto de 2022).

Os estágios desempenham um papel fundamental no processo formativo dos estudantes. Permitem o complemento entre a teoria e a prática, fornecendo experiências essenciais para a formação de profissionais competentes e capacitados, especialmente em áreas tão sensíveis, exigentes e autónomas como na enfermagem de reabilitação.

A escolha dos locais de estágio teve como finalidade adquirir competências específicas em áreas de intervenção mais especializadas e teve como objetivo vivenciar o trabalho do enfermeiro especialista e aumentar o nível de competências em diferentes valências.

A enfermagem de reabilitação é uma especialidade ampla com o objetivo de melhorar a função, promover a independência e, com isto, aumentar a satisfação da pessoa e família. O enfermeiro especialista deve implementar e monitorizar os planos de intervenção específicos para a pessoa, com base nos seus conhecimentos específicos e diferenciados. Para isso, deve incorporar a prática baseada em evidência científica, para utilizar os conhecimentos e técnicas mais atuais, proporcionando qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio). O enfermeiro especialista é alguém capaz de reconhecer competências técnicas, científicas e humanas, de forma a prestar cuidados especializados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Este capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos, referentes à área de prática do estágio, nomeadamente, em processo respiratório, em processo ortopédico, em processo cardíaco e em área de opção numa unidade de cuidados intensivos. Apresentamos, de seguida, uma descrição de cada contexto de estágio, fazendo uma análise critico-reflexiva, com referência aos objetivos delineados e às atividades desenvolvidas.

1.1. *Estágio de Enfermagem de Reabilitação em processo respiratório*

O estágio de enfermagem de reabilitação em processo respiratório realizou-se num período compreendido entre o dia 2 e 30 de outubro de 2023, num total de 98 horas de contacto, numa unidade de Reabilitação Respiratória de uma Unidade Local de Saúde da região norte do país.

A unidade funciona em regime de ambulatório, constituída por uma equipa multidisciplinar com médicos, técnicos, nutricionistas, assistentes operacionais, psicólogos e dez EEER, que, conjuntamente, dão apoio ao internamento de Pneumologia. Encontra-se dividida em três salas que comunicam entre elas. Uma sala com três marquesas, um ginásio e uma sala de isolamento para drenagem de secreções. As salas estão estruturadas no sentido de dar resposta às necessidades das pessoas aí existentes. São definidos programas, delineados de acordo com a necessidade, o plano terapêutico e a evolução de cada pessoa com patologia respiratória.

O programa III é composto por sessões de cinesiterapia respiratória onde a pessoa, numa fase inicial, é instruída e treinada sobre a consciencialização da respiração, estratégias de controlo ventilatório, exercícios respiratórios (costais, diafragmáticos e/ou segmentares) e estratégias de limpeza das vias aéreas.

O programa II, também designado de intermédio, é a junção do programa III com componente de fortalecimento de grandes grupos musculares.

Por último, o programa I é um programa mais completo de reeducação funcional respiratória (RFR), ou seja, inclui a prescrição de exercício físico. Esta prescrição tem por base o preconizado pela Direção Geral da Saúde (2019), existindo uma monitorização contínua da oximetria de pulso, aplicando-se a escala de Borg ao longo do exercício para garantir a segurança da pessoa. A escala é utilizada para descrever de forma subjetiva a sensação de fadiga muscular e de dispneia, sendo que valores entre 4-6 traduzem treino de alta intensidade (Nici *et al.*, 2006).

As sessões de treino de exercício físico, iniciam-se com exercícios respiratórios, seguidos de exercícios de aquecimento, treino aeróbio, exercícios de força muscular, flexibilidade e equilíbrio, conforme a tolerância da pessoa. Este programa de RFR compreende um período de 8-12 semanas com cerca de 2 sessões por semana, tal como recomendado pela Direção Geral da Saúde (2019) e pela Ordem dos Enfermeiros (2018a).

Antes do início de qualquer um dos programas, é realizada uma avaliação inicial, onde são utilizados instrumentos de medida (por exemplo: *modified MRC dyspnea questionnaire*, escala visual analógica vertical, escala de atividades da vida diária, escala de ansiedade e

depressão), são realizadas provas funcionais respiratórias através da espirometria, realizados estudos analíticos, gasimetria arterial, exames de imagem (raio-X, RMN, TC), onde é avaliada a capacidade funcional e física (através do teste de sentar e levantar em 1 minuto, prova de marcha dos 6 minutos, teste de resistência, entre outros). O EEER estrutura um plano individual, com base na tolerância da pessoa e com vista à progressão do treino, e, por conseguinte, à melhoria das provas funcionais respiratórias e da qualidade de vida da pessoa com patologia respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018a).

Em todos os programas está presente a componente educacional e de apoio psicossocial, com o objetivo de autogestão da doença e capacitação da pessoa, onde se abordam temas como técnica inalatória, controlo ventilatório, exercícios respiratórios, técnicas de conservação de energia, esclarecimento da doença, gestão de *stress* e ansiedade e controlo de exacerbações. Após a alta destes programas, é mantido o acompanhamento da pessoa através de consultas de telereabilitação para esclarecimento de dúvidas e garantir a adesão ao regime terapêutico, assim como do exercício físico.

Foram definidos como objetivos pessoais, para este estágio:

Objetivo	Atividades implementadas
Avaliar a eficácia da RFR na função respiratória e nas atividades de vida diária da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicamos instrumentos de medida validados para Portugal e utilizados no serviço, capazes de avaliar a função respiratória e o impacto na qualidade de vida, no momento de admissão e no momento da alta (instrumentos de medida relatados em cima); - Realizamos telereabilitação para garantir a adesão à RFR no domicílio e esclarecemos dúvidas que iam surgindo.
Conceber/ implementar e avaliar planos de intervenção para melhorar a capacidade adaptativa, com vista ao autocontrolo e autocuidado da pessoa com patologia respiratória	<ul style="list-style-type: none"> - Identificamos as prioridades da pessoa para definir um plano terapêutico adequado aos seus interesses e à sua realidade; - Discutimos os planos de intervenção com a pessoa e com as enfermeiras orientadoras para permitir uma boa adesão ao regime terapêutico; - Realizamos sessões educacionais, onde se abordaram os temas referidos em cima, para que a pessoa conseguisse fazer no seu domicílio.

Implementar programas de treino de exercício físico à pessoa com patologia respiratória	- Estruturamos e implementamos sessões de treino individual no ginásio do serviço.
Aprofundar conhecimentos sobre técnica inalatória e raio-X	- Realizamos uma breve pesquisa individual sobre técnica inalatória e raio-X e sessões de formação no serviço; - Discutimos casos clínicos com a equipa.
Desenvolver conhecimento sobre RFR na pessoa com patologia restritiva	- Realizamos uma pesquisa bibliográfica; - Realizamos sessões de partilha de conhecimento com as enfermeiras orientadoras.

Tabela 1 - Objetivos de estágio em enfermagem de reabilitação em processo respiratório

Em suma, neste processo de estágio importa referir que, com determinação e esforço, os objetivos foram alcançados com sucesso. A jornada foi desafiante, mas repleta de aprendizagem e superação. Cada meta traçada foi conquistada através de persistência e dedicação.

O estágio em reabilitação respiratória foi essencial na formação. Durante este período, tivemos a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica, em diferentes momentos, desde a avaliação inicial da pessoa, à prescrição de exercícios, assim como ao acompanhamento de várias condições respiratórias. A experiência permitiu um aperfeiçoamento de competências técnicas e interpessoais. A interação direta com as profissionais experientes proporcionou um ambiente de aprendizagem enriquecedor, preparando-nos para desafios futuros na área de reabilitação respiratória.

1.2. Estágio de Enfermagem de Reabilitação em processo ortopédico

O estágio de enfermagem de reabilitação em processo ortopédico, realizou-se num período compreendido entre o dia 6 de novembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024, perfazendo um total de 141 horas de contacto, num serviço de Ortopedia de uma Unidade Local de Saúde da região norte do país.

Trata-se de uma unidade de internamento com duas alas, constituída por uma equipa multidisciplinar e 2 EEER. Uma ala está destinada a cirurgias programadas, sendo cada dia destinado a uma cirurgia diferente, e a outra a traumatologia. Cada uma tem 26 camas e 1 EEER, que exerce funções no turno da manhã de segunda a sexta, exceto feriados.

A Ordem dos Enfermeiros, através do regulamento n.º 743/2019, defende que o rácio ideal de enfermeiros especialistas por pessoa, em serviços de internamento, será de 2 para 15, para garantir a prestação diária de cuidados de 12 horas, em todos os dias da semana. Este facto faz-nos refletir sobre os rácios dos EEER nas instituições de saúde, sobretudo no que se refere à segurança e qualidade dos cuidados prestados. Por vezes, torna-se difícil disponibilizar o tempo necessário para estruturar e implementar um plano de intervenção especializado e direcionado às necessidades das pessoas internadas.

Neste processo de aquisição de competências ocorreu a oportunidade de aprofundar conhecimentos específicos na área de ortopedia. Tivemos como foco a promoção de autonomia, assim como o bem-estar e qualidade de vida da pessoa, identificando os fatores facilitadores e inibidores para a realização de atividades de vida diárias (AVD's). Fomos capazes de estruturar e implementar programas de treino direcionados e específicos a cada pessoa e cirurgia de forma individualizada, com o objetivo de restaurar a funcionalidade, promover a adaptabilidade, prevenindo complicações e tendo por base as preferências e satisfação da pessoa, assim como, a integração da família/ cuidador, regendo-nos pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O estágio foi realizado, maioritariamente, na ala das cirurgias programadas, o que se tornou uma experiência enriquecedora no desenvolvimento profissional. Sendo uma cirurgia programada, mesmo resultando de um acontecimento súbito, tivemos a oportunidade de acompanhar a pessoa no período pré e pós-operatório, ou seja, desde a entrada no serviço até aos cuidados especializados no processo de recuperação. Além disso, o facto de serem cirurgias programadas, exige uma larga rotatividade de pessoas, o que permitiu alargar o conhecimento em cirurgias ortopédicas diversas.

O acompanhamento do EEER no pré-operatório é fundamental na preparação da pessoa para a intervenção cirúrgica e, conseqüentemente, para o aumento da adesão ao programa de reabilitação e diminuição de complicações no pós-operatório. Desta forma, o EEER consegue realizar uma avaliação inicial mais completa, considerando a condição física, os fatores psicossociais, habitacionais e emocionais, permitindo assim priorizar as necessidades individuais da pessoa, avaliar a potencialidade para adquirir conhecimento e preparar a alta (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio). Também é possível promover atempadamente o empoderamento da pessoa/ família/ cuidador, fornecendo informações específicas sobre o procedimento cirúrgico, os cuidados a ter no pós-operatório e as expectativas de reabilitação, fazendo a ponte para exercícios que a pessoa possa ir fazendo autonomamente para evitar a perda de massa muscular ou complicações no intraoperatório, nomeadamente

os exercícios de RFR e de reeducação funcional motora (exercícios isométricos e isotônicos), de acordo com o preconizado por Amaro (2019), por Correia e colaboradores (2022) e pela Ordem dos Enfermeiros (2018a).

Neste serviço, é o EEER que articula com a chefia, com a medicina física e reabilitação e com os familiares a necessidade de obter ajudas técnicas e preparam, em conjunto, a alta da pessoa, seja para domicílio, para uma Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) ou para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Na verdade, o EEER assume-se como que o enfermeiro “gestor de caso” das pessoas internadas, ocupando um lugar central no processo de cuidado da pessoa internada, sendo este um aspeto facilitador da promoção da qualidade dos cuidados (Martins, *et al.* 2023).

A possibilidade de realizar visitas domiciliárias, devido à estrutura organizacional deste serviço de ortopedia, permitiu avaliar a capacidade de adaptação da pessoa no seu domicílio, esclarecer dúvidas, facilitando a transição destas para o domicílio e no seu processo de recuperação.

Neste período de estágio, definimos objetivos específicos como um meio de enriquecer e aprimorar a experiência:

Objetivo	Atividades implementadas
<p>Avaliar a alteração da funcionalidade a nível motor e as suas implicações na atividade de vida diária;</p> <p>Implementar e avaliar planos de intervenção para melhorar a capacidade adaptativa, com vista ao autocuidado da pessoa submetida a uma cirurgia ortopédica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificamos as prioridades da pessoa e definimos um plano terapêutico adequado aos interesses e à realidade da pessoa; - Aplicamos instrumentos de medida validados para Portugal e utilizados no serviço, capazes de avaliar a funcionalidade no autocuidado e nas AVD's (nomeadamente a escala de Barthel); - Discutimos o plano de intervenção com a pessoa e cuidadores e readaptamos sempre que necessário; - Realizamos ensinamentos e treinos com a pessoa e com os cuidadores sobre o uso adequado do dispositivo auxiliar de marcha, cuidados a ter no domicílio, estratégias adaptativas no autocuidado e medidas preventivas de complicações.

Acompanhar a pessoa submetida a uma cirurgia da anca no pré e pós-operatório e seu cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciamos sessões de educação para a saúde à pessoa e cuidadores e de sensibilização sobre cuidados a ter no pós-operatório, disponibilizando-se um folheto informativo sobre a cirurgia da anca já no pré-operatório (APÊNDICE I); - Realizamos um folheto informativo sobre os cuidados a ter na cirurgia da anca, para reforçar os ensinamentos realizados; - Avaliamos o conhecimento adquirido da pessoa e dos cuidadores ao longo do internamento.
---	---

Tabela 2 - Objetivos de estágio em enfermagem de reabilitação em processo ortopédico

Em resumo, os objetivos estabelecidos foram cumpridos para este estágio, tendo sido uma experiência enriquecedora e completa, mas também muito rigorosa, pela exigência de muito estudo autónomo. As oportunidades de cuidar de pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas como artoplastias, cirurgias a hérnias, fraturas da coluna, ligamentoplastias, cirurgias de correção, e o facto de a equipa multidisciplinar ser muito coesa e dinâmica, com espírito de trabalho em equipa, potenciaram o sucesso e processo de aprendizagem.

1.3. Estágio de Enfermagem de Reabilitação em processo cardíaco

O estágio de enfermagem de reabilitação em processo cardíaco, realizou-se num período compreendido entre o dia 15 de janeiro e 20 de fevereiro de 2024, com um total de 98 horas de contacto, numa Unidade Local de Saúde da região norte do país.

Trata-se de um serviço dirigido a cirurgias cardíacas e torácicas, constituído pelo bloco operatório, cuidados intensivos, cuidados intermédios e internamento. A equipa é ampla, diferenciada e multidisciplinar e é chefiada pela mesma enfermeira para que haja coerência, fluência e dinamismo entre as diversas valências. A combinação de diferentes âmbitos de cuidados, desde o bloco operatório até à enfermaria, garante uma continuidade de diligências e uma maior segurança e assistência nos cuidados inerentes à pessoa, pois permite um acesso rápido, caso ocorram complicações, e uma comunicação eficaz e coordenada entre as equipas de serviço.

Os cuidados intensivos são constituídos por 10 camas, sendo 2 localizadas em quartos de isolamento. Já os cuidados intermédios estão divididos em duas unidades: uma com 3 camas e a outra unidade com 4 camas, por gestão de espaço no serviço. O internamento é composto por 29 camas, encontrando-se duas em quartos de isolamento.

Existem 3 EEER, de segunda a domingo, das 8h00 às 15h00, estando sempre duas ao serviço, ficando uma na unidade de intensivos e intermédios e a outra no internamento e na outra unidade de cuidados intermédios.

A unidade de cuidados intensivos está classificada como nível III, de acordo com a classificação da DGS (2003), sendo que a Ordem dos Enfermeiros defende que o rácio de enfermeiro especialista e pessoa deve ser de 1 para 5 e deve assegurar 12 horas de cuidados de enfermagem especializados, todos os dias da semana (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro). Desta forma, fazendo uma breve reflexão sobre o número de pessoas e a sua complexidade, é difícil as EEER conseguirem abranger todos os doentes diariamente, precisando de estabelecer prioridades nos cuidados e estratégias de gestão dos cuidados. Deste modo, as EEER de forma a facilitar e padronizar o trabalho a realizar, criaram um manual de normas e procedimentos, pelos quais se regem para que a sua intervenção seja a mais assertiva, atualizada e estratificada possível, pois o facto de terem tudo protocolado permite-lhes dar continuidade ao trabalho desenvolvido pela colega no dia anterior. Estas são estratégias importantes para manter a segurança e a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação.

O manual encontra-se dividido entre cirurgia cardíaca e pulmonar, prevendo um foco de atenção, semelhante ao pré-operatório. Debruça-se sobre o treino dos músculos respiratórios, técnicas desobstrutivas (compressão torácica, técnica de expiração forçada e tosse dirigida com contenção de ferida cirúrgica) e técnicas expansivas. A diferença reside no facto de na cirurgia cardíaca acrescerem os exercícios de mobilização articular ativos, com o objetivo de evitar processos trombóticos associados à cirurgia em si e à imobilidade. Todos estes exercícios são ensinados e treinados no pré-operatório, com o intuito da pessoa conseguir realizá-los logo após a cirurgia, quando se sentir confortável para isso, com o objetivo de evitar complicações respiratórias no pós-operatório.

Após os dias de internamento, mais exercícios são implementados, consoante a cirurgia a que foram submetidos, e logo após o primeiro dia de internamento, começam a ser realizados ensinamentos úteis para a alta. As EEER fornecem folhetos informativos da unidade para complementar as suas instruções e incentivam à sua leitura.

Antes da abordagem à pessoa, é necessário avaliar os parâmetros vitais, dando maior ênfase à frequência cardíaca e ao ritmo cardíaco.

No serviço, existe também uma consulta de enfermagem após a alta. A mesma é realizada por um colega especialista em médico-cirúrgica, em que se realiza cuidados à ferida cirúrgica, avalia fatores de risco, a adesão ao regime terapêutico e esclarecem-se dúvidas quando necessário. Além disso, o colega questiona se existem dúvidas nos exercícios prescritos pela EEER e, caso existam, o colega solicita apoio à mesma, o que ressalva a importância do EEER na consulta, até para avaliar se existe adesão aos planos de reabilitação.

Algumas das pessoas submetidas a cirurgia, já têm programas de reabilitação cardíaca noutros hospitais, tendo sido a fase pré-operatória já lá realizada, e irão dar continuidade a este processo no pós-alta, conforme o preconizado para a reabilitação cardíaca.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no Parecer n.º 03/2023 de 13 de setembro (2023), a reabilitação cardíaca divide-se em 3 fases, incidindo a primeira no internamento hospitalar, consistindo numa mobilização precoce, com exercícios de baixa intensidade e com sessões de educação para a saúde. Já a segunda fase é realizada em centros especializados e inclui programas de exercício físico e a componente educacional. Por último, na terceira fase, o principal objetivo é que este programa de reabilitação se prolongue para o resto da vida, aplicando-se a pessoas com patologia cardíaca de baixo risco.

À semelhança dos outros estágios, delinearam-se os objetivos pessoais, apresentados na seguinte tabela:

Objetivo	Atividades implementadas
Conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para melhorar a capacidade adaptativa com vista ao autocuidado da pessoa com patologia cardíaca e da pessoa submetida a uma cirurgia cardíaca no pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinamos, instruímos e treinamos sobre exercícios de mobilização ativa de extremidades, deitado, sentado e de pé; - Ensinamos, instruímos e treinamos sobre técnica de tosse eficaz com contenção de ferida cirúrgica, sobre exercícios respiratórios e sobre técnicas de gestão de energia; - Reforçamos ensinamentos à pessoa e família em contexto de enfermaria com o objetivo de planear a alta; - Realizamos ensinamentos e treinos com a pessoa e com os cuidadores sobre os cuidados a ter no domicílio,

	<p>estratégias adaptativas no autocuidado após a cirurgia e medidas preventivas de complicações.</p> <p>- Avaliamos o conhecimento e capacidade adquiridos pela pessoa na consulta de <i>follow-up</i> após alta para o domicílio.</p>
<p>Aprofundar conhecimentos sobre a interpretação de um traçado de eletrocardiograma (ECG) e a sua relação com a atividade</p>	<p>- Discutimos, com a enfermeira orientadora, casos clínicos;</p> <p>- Avaliamos os ritmos cardíacos aquando do exercício físico, por telemetria;</p> <p>- Realizamos uma pesquisa sobre traçado de ECG.</p>

Tabela 3 - Objetivos de estágio em enfermagem de reabilitação em processo cardíaco

Em jeito de conclusão, a experiência de cuidados intensivos foi enriquecedora. Tivemos a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, como trabalhar com pessoas que foram submetidas a colocação de *pacemaker* externo, com pessoas em *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), com pessoas ventiladas e até com Índice Bispectral (BIS). Para além disso, realizamos registos informáticos em S-Clínico®, o que permitiu desenvolver competências ao nível da formulação de diagnósticos e intervenções e refletir sobre indicadores de enfermagem e ganhos em saúde, advindos dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A hipótese de realizar cinesiterapia respiratória a pessoas ventiladas e a possibilidade de realizar reabilitação num serviço de internamento de cardiologia foram momentos de enriquecimento pessoal a nível teórico e prático, pelas suas especificidades. Nesta área específica, a intervenção do EEER centra-se, sobretudo, na educação para a saúde (Oliveira *et al.*, 2020). A maior parte das pessoas que passam pelo internamento de cardiologia têm como diagnóstico uma insuficiência cardíaca ou estenose grave que, após intervenção, sentem-se mais capazes de realizar as suas AVD's. O ensino é direcionado para fatores de risco, adoção de estilos de vida saudáveis e a implementação da prática de exercício físico, tanto para a pessoa como a sua família, indo de encontro ao preconizado pelo guia orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (2020). A partilha de conhecimento foi mútua, onde tivemos a oportunidade realizar uma formação e relembramos os conhecimentos sobre a avaliação de uma das escalas da disfagia, a

Gugging Swallowing Screen (GUSS), a qual foi aplicada pela equipa. O mesmo aconteceu com os cuidados à traqueostomia e ao início de treinos de clampagem.

A diversidade de pontos de aprendizagem e a especificidade deste estágio foram particularidades essenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação.

1.4. *Estágio de Enfermagem de Reabilitação em cuidados intensivos*

O estágio de enfermagem de reabilitação em cuidados intensivos, realizou-se num período compreendido entre dia 26 de março e 8 de abril de 2024, num total de 48 horas de contacto, numa Unidade Local de Saúde da região norte do país. Este estágio incidiu numa área de escolha pessoal e tinha uma componente, sobretudo, de observação.

O serviço é composto por 12 camas, duas pertencentes a quartos de isolamento. Existe 1 EEER, com o horário de trabalho de segunda a sexta-feira das 8-15h, exceto feriados. A ordem dos enfermeiros preconiza 12 horas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação por cada 5 pessoas, todos os dias da semana (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro).

Do estágio de observação nesta unidade de cuidados intensivos, consideramos que o EEER tem uma atuação importante e imprescindível. Desde as mobilizações músculo articulares precoces à reabilitação respiratória, com vista à prevenção de complicações e incapacidades maiores dos sobreviventes, o processo de intervenção e de tomada de decisão do EEER é de elevada diferenciação e complexidade (Prazeres *et al.*, 2021).

Das 12 pessoas internadas, a maior parte encontrava-se com suporte respiratório, o que permitiu desenvolvermos competências práticas sobre cinesiterapia respiratória e mobilizações músculo articulares passivas. Possibilitou, também, desenvolvermos competências sobre o funcionamento de um ventilador e os parâmetros adequados a cada situação. Nesta unidade, o EEER trabalha numa equipa multidisciplinar focada na reabilitação, incluindo terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Desta forma, o plano de reabilitação à pessoa consegue ser mais amplo, diminuir complicações, reduzir o tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos e diminuir a taxa de mortalidade, pela partilha de informações, pela discussão do caso clínico e pela definição de objetivos específicos para cada pessoa (Chagas, *et al.*, 2024). Existe uma influência direta entre o trabalho em equipa e a qualidade de vida da pessoa, como a mobilização precoce, preservação de força muscular e capacidade funcional respiratória eficaz, desde que exista uma boa coordenação, comunicação e colaboração, de forma a garantir um cuidado holístico, específico e individualizado à pessoa e família (Chagas, *et al.*, 2024).

Este estágio permitiu perceber as dinâmicas do serviço, o papel do EEER numa pessoa sedada, ventilada e em diálise contínua. Apesar do curto período de tempo dedicado a este estágio, foram vários os contributos por ele facultados no processo de desenvolvimento de competências em enfermagem de reabilitação.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista é um profissional diferenciado numa área específica da prática de enfermagem. É o profissional com conhecimento avançado e com competências específicas que permite oferecer cuidados mais diferenciados e especializados à pessoa, em todo o ciclo vital e nos diferentes níveis de prevenção. A ordem dos enfermeiros define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4744).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são determinadas pelo Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, e abrangem quatro áreas fundamentais que se aplicam em diversos contextos na prestação de cuidados. São elas a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que são exploradas, respetivamente, nos seguintes subcapítulos, de forma mais detalhada.

2.1. Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A prática da enfermagem é sustentada por pilares fundamentais, tais como responsabilidade profissional, ética e legal.

A responsabilidade profissional na enfermagem é a base para um ambiente e práticas seguras. O enfermeiro especialista deve ter uma tomada de decisão seguindo valores, princípios e normas deontológicas, suportando-a com conhecimento diferenciado e baseado na melhor evidência científica. O profissional é responsável por guiar a sua prática clínica conforme as recomendações do código deontológico do enfermeiro (2015a). Este documento é fundamental e, ao longo dos estágios, forneceu diretrizes que pretendiam garantir o padrão de cuidados de saúde prestados às pessoas com base na ética e no respeito. O código deontológico é composto por princípios e diretrizes que abrangem diversas áreas na prática da enfermagem. Na prática, destacamos a valorização da vida da pessoa e o respeito à sua dignidade e aos seus direitos, promovendo a individualidade, a privacidade e a confidencialidade dos cuidados prestados. O código deontológico também aborda a responsabilidade profissional do enfermeiro, que se estende desde a atualização contínua de conhecimentos até à promoção da justiça e equidade no cuidado, competências que desenvolvemos e aplicamos ao longo destes estágios.

Em resumo, o código deontológico do enfermeiro é um pilar central que garante a igualdade, a liberdade de escolha, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade e a humanização dos cuidados de enfermagem, orientando os profissionais na prestação de um serviço de excelência e responsabilidade ética à pessoa e à comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A sociedade está em constante mudança e cada vez mais diversificada e, por isso, é fundamental reconhecer e valorizar a diversidade cultural e étnica da pessoa a quem prestamos cuidados de saúde, garantindo a igualdade de acesso a este direito. Isso inclui compreender as necessidades específicas de cada pessoa inserida num contexto social. A diversidade é uma fonte de riqueza e conhecimento nos cuidados de saúde e, ao reconhecê-lo, podemos criar ambientes de cuidados de saúde inclusivos e culturalmente competentes, onde todas as pessoas se sintam valorizadas e exista um meio de aprendizagem mútuo.

No processo de capacitação, o enfermeiro especialista não deve limitar o seu foco de atenção à pessoa a cuidar, mas abranger, também, a sua família/ cuidador e o seu contexto social (Sousa, *et al.* 2020). O enfermeiro, no âmbito do capacitar, prescreve intervenções autónomas, como o ensinar, orientar, instruir e treinar, com o objetivo de adquirir mestria, melhorar o processo de tomada de decisão e potenciar a autonomia da pessoa cuidada/família/ cuidador (Sousa, *et al.* 2020). A capacitação, seja da pessoa cuidada, da família ou do cuidador, foi prática diária nestes estágios.

Realizamos frequentemente sessões de educação para a saúde, como forma preventiva de situações mais complexas, ou como forma de adaptação à nova condição de saúde.

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/2015 de 4 de setembro (2015), as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes. As autónomas são únicas e exclusivamente da responsabilidade do enfermeiro. Já as interdependentes são realizadas de acordo com outros grupos profissionais, com o objetivo de atingir um ganho comum (Decreto-Lei n.º 161/2015 de 4 de setembro de 2015).

Durante o período dos estágios, implementamos os dois tipos de intervenções. O EEER tem bastante autonomia na elaboração de um plano de cuidados. No entanto, também requer a colaboração de outros profissionais para implementar certas abordagens terapêuticas. Exemplo desta complementaridade de cuidados numa equipa multidisciplinar, aconteceu no estágio de opção em cuidados intensivos, onde delineamos um plano de cuidados específico para a extubação oro traqueal e desmame ventilatório, mas só o executamos após indicação médica.

Por outro lado, também planeamos e implementamos muitas intervenções autónomas como, por exemplo, treinos de deglutição, de levantar, de marcha, de prescrição de exercício físico, entre outros.

Investir na igualdade de direitos à saúde não é apenas uma questão de justiça social, mas, também é essencial para promover a saúde e o bem-estar de todas as pessoas na atual sociedade multicultural.

Ao longo dos estágios, deparamo-nos com um grande número de pessoas de outros países e de outras raças ou etnias, tendo a preocupação de cuidar de todos com os mesmos direitos e deveres, desde a admissão ao momento da alta. Ora, nestes casos, os nossos maiores focos de atenção, foram perceber as crenças e rituais de cada indivíduo para delinear um plano de intervenção ajustado e aumentar a adesão terapêutica.

A junção destes três pilares é crucial para a prática de enfermagem e deve estender-se ao longo de todo o processo formativo e profissional dos enfermeiros. O cuidado à pessoa não se limita às competências clínicas, mas também à responsabilidade, integridade e respeito, garantindo um ambiente seguro e digno para aqueles que são submetidos a cuidados de saúde, tendo, aliás por base, o consentimento informado. O consentimento informado tem de estar no centro da prática clínica, dando ênfase à opinião e vontade da pessoa a cuidar, salvaguardando-se à sua autonomia (Ferreira, 2022).

A atenção a esses princípios não só protege as pessoas, mas também mantém a integridade e o prestígio da profissão de enfermagem.

2.2. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

As competências no domínio da melhoria contínua da qualidade em enfermagem são essenciais para garantir cuidados de excelência. Os enfermeiros especialistas estão capacitados para identificar áreas de melhoria, implementar projetos de melhoria contínua, avaliar resultados e, com isso, promover um ambiente seguro e eficaz. Por outras palavras, o enfermeiro especialista usa a evidência científica, utiliza indicadores e instrumentos para monitorizar a prática clínica e, com isto, define metas a alcançar para melhorar a prestação de cuidados com vista ao cumprimento de padrões de qualidade (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste contexto, foi realizado, ao longo deste percurso formativo, um projeto de melhoria contínua, com base no projeto de investigação enquadrado neste trabalho, intitulado de “programa de formação aos cuidadores das pessoas com afasia como evento secundário ao AVC”. Este projeto pretende dar resposta à dificuldade sentida pelos cuidadores em comunicar com este tipo de pessoa, sendo este um mecanismo gerador de *stress*, tanto para a pessoa afásica como para os cuidadores, refletindo atraso na definição da alta para domicílio. A sua execução prevê um programa de ensino para os cuidadores, contando com o envolvimento da pessoa, fornecendo estratégias adaptativas e indo de encontro às

necessidades individuais de cada um. O mesmo projeto encontra-se em apêndice (APÊNDICE II) e já obteve parecer positivo do Diretor de serviço, da chefia e da Comissão de ética e será colocado em prática em breve pelos EEER do serviço selecionado. O mesmo teve como referência o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2013) para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o Ciclo PDCA ou de *Deming (Plan; Do; Check; Act/Adjust)*, assim como a evidência científica existente. Os resultados serão, posteriormente, avaliados, analisados, publicados e divulgados em congressos, sendo que o projeto já foi apresentado no “II Congresso de Enfermagem de Reabilitação”, no passado dia 20 de setembro de 2023.

Participamos num estudo sobre “Treino de Comunicação de Profissionais de Saúde com Pessoas com Afasia”, debruçando-se esta formação sobre os cuidados a ter numa comunicação com pessoas afásicas, tendo tido a possibilidade de pôr em prática estas técnicas com este público alvo. Desta forma, conseguimos fora do ambiente de trabalho, perceber melhor, presenciar e sentir as dificuldades sentidas pelos cuidadores de pessoas com afasia. Para completar, frequentamos uma ação de formação do Instituto Português da Afasia (IPA), intitulado de “Comunicar com doentes que sabem mais do que o que conseguem dizer”.

Importa também enaltecer a qualidade e segurança da pessoa no Sistema Nacional de Saúde. O Plano Nacional de Segurança dos Doentes de 2021-2026, publicado em Diário da República (Despacho normativo n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021), está estruturado com base em 5 pilares fundamentais, com o objetivo de promover a segurança da pessoa na prestação de cuidados, independentemente do contexto. São eles: cultura e segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho normativo n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021). Segundo o presente plano, é necessário promover formação aos profissionais, implementar normas ou orientações de boas práticas e aumentar o conhecimento da pessoa cuidada/família/ cuidador, aumentando assim, a confiança e a capacidade de antecipar eventos indesejáveis. No caso de ocorrência de incidentes, os mesmos devem ser notificados e vigiados.

No entanto, o contexto onde são prestados os cuidados de saúde pode condicionar a segurança das pessoas, desde os recursos existentes à dotação segura de profissionais (Despacho normativo n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021).

Durante os estágios, o ensino era a nossa prática diária, tendo sido ministrado tanto à equipa multidisciplinar, como à pessoa/ família/ cuidador. Através do ensino à equipa, fundamentado em evidência científica e na atualização de conhecimentos, é possível a

prevenção de tais incidentes e a implementação de medidas preventivas para os reduzir. Exemplificando, não só se mitiga o risco de queda que é notório em treinos de marcha e/ ou equilíbrio, como também se reduz incidências no autocuidado, fator transversal aos cuidados de enfermagem generalistas, e que, por vezes, são realizados de forma menos correta. O EEER tem um papel fundamental no reforço dos ensinamentos à equipa, nomeadamente na instrução de qual o lado correto para uma transferência, a posição ergonómica a utilizar para evitar acidentes de trabalho, entre outras, e desta forma consegue a sensibilização da equipa para as boas práticas e, sobretudo, um impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar.

A gestão do ambiente físico foi um fator tido em conta ao longo dos estágios, assim como o uso adequado do auxiliar de marcha, aproveitando, sempre que possível, para reforçar os ensinamentos à pessoa/ família/ cuidador, interligando-os com os cuidados a ter no domicílio.

No estágio de ortopedia, havia muita afluência e rotatividade de pessoas, pelo que foi necessário elaborar um folheto informativo para reforçar as boas práticas e facultá-lo à pessoa/ família/ cuidador, para consultarem, em caso de dúvida.

Relativamente aos serviços onde decorreram os estágios, havia orientações de boas práticas, que os EEER atualizavam com base em evidência científica e partilhavam com a equipa.

Com efeito, surge a importância de padronizar a documentação de práticas de enfermagem de reabilitação, com o objetivo de evidenciar o contributo da especialidade nos ganhos em saúde e promover a melhoria contínua da qualidade nos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Para isso é necessário ter em consideração os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação que são provenientes das intervenções do especialista e promovem o empenho do EEER em atingir metas específicas e na procura de cuidados de excelência e melhoria contínua. Estes indicadores ainda, permitem avaliar as intervenções e estabelecer, com isto, objetivos específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2018c). O próprio sistema informático, dos serviços, permitiu-nos desenvolver competências ao nível da formulação de diagnósticos e intervenções e refletir sobre indicadores de enfermagem, pois foi possível visualizar, através de instrumentos de avaliação, a evolução contínua da pessoa, permitindo apurar os ganhos no âmbito da saúde.

Foi perceptível que a procura constante pela melhoria é fundamental para elevar os padrões de cuidados de saúde, aumentar a satisfação da pessoa e proporcionar um ambiente de trabalho mais seguro e atualizado para os profissionais, facto que justificou a escolha deste processo formativo.

2.3. Competências no domínio da gestão dos cuidados

As competências na gestão dos cuidados por parte do enfermeiro especialista são pilares fundamentais para oferecer assistência de alta qualidade.

Além das competências científicas e técnicas avançadas, o enfermeiro especialista deve possuir competências de gestão que abrangem o planeamento, organização e coordenação dos cuidados. Estas envolvem a capacidade de liderança, aptidões de tomada de decisão e gestão de recursos para melhorar a eficiência dos cuidados. Um enfermeiro especialista deve ser capaz de dominar a comunicação interprofissional e de liderar equipas multidisciplinares, garantindo a integração entre os diversos profissionais de saúde envolvidos na equipa e a criação de um ambiente positivo e favorável. Além disso, é necessária uma gestão adequada de recursos estabelecidos para fazer face às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

Importa, desde logo, determinar a escala laboral que deverá ser alocada a cada um dos recursos especialistas. Infelizmente, os enfermeiros especialistas continuam a ser escassos nas equipas e estão, constantemente, a gerir tempo e prioridades.

No decorrer dos estágios, fui confirmando esta realidade: os rácios de tempo atribuídos aos cuidados do enfermeiro especialista e o tempo real dedicado à pessoa não são os preconizados pela Ordem dos Enfermeiros. Era impossível planear e implementar um plano de treino completo para uma pessoa, sem deixar algumas pendências de prestação de cuidados para os dias seguintes.

Tal como referido no subcapítulo 2.1, deve ter-se em linha de conta a importância da igualdade de cuidados, algo que, neste caso em específico, se torna difícil devido à escassez de recursos humanos.

Neste processo formativo, fomos desenvolvendo competências ao nível da priorização dos cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base as horas de cuidados disponibilizadas, os recursos existentes e as necessidades de cuidados. A gestão de recursos é fundamental, sejam eles humanos ou materiais, e o trabalho em equipa, na reabilitação de uma pessoa, tem de ser visto como um pilar imprescindível.

O EEER emerge como um líder crucial na recuperação da pessoa. Com um conhecimento técnico e científico especializado, aliado a competências específicas, o profissional desempenha um papel fundamental na promoção da independência e na melhoria da qualidade de vida. O EEER é autónomo na gestão, coordenação e implementação de planos de cuidados personalizados valências que foram desenvolvidas no decorrer dos estágios, promovendo, essencialmente, o sentido de autonomia.

Na tomada de decisões, fomos capazes de implementar planos de cuidados com o objetivo de restaurar a funcionalidade, promover a adaptabilidade e prevenir complicações.

Como líder, o enfermeiro especialista exerce influência não apenas sobre a pessoa cuidada/família/ cuidador, mas também sobre a sua equipa. O EEER é o responsável por gerir a equipa na priorização de cuidados, atuando como um guia, fornecendo suporte e orientação.

Durante estas experiências profissionais, observamos que o enfermeiro especialista ocupa uma posição central nas equipas multidisciplinares de cuidados às pessoas. O seu papel de profissional de enfermagem com um conhecimento especializado, facilitava o processo de comunicação com a equipa médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de nutrição, ou outras, participando ativamente no processo de gestão de informação, avaliação das necessidades da pessoa e estratégias de tratamento a serem implementadas.

Desta forma, o EEER consegue potenciar o trabalho em equipa e ser um facilitador no processo de comunicação e de cuidados prestados à pessoa. Desenvolvemos competências a este nível, tendo como princípios, não só a prestação de cuidados diferenciados, mas também a garantia de um ambiente seguro evidenciando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda referente ao processo de tomada de decisão autónoma nos cuidados de enfermagem de reabilitação, esta gestão de liderança é elementar para garantir uma abordagem específica e individualizada na reabilitação da pessoa. O EEER assume responsabilidade total sobre as suas decisões, com base na sua experiência clínica e no seu conhecimento científico, tal como referido ao longo deste capítulo. A tomada de decisão tem início logo na avaliação inicial da pessoa, passo imprescindível para a elaboração de um plano de cuidados individualizado e personalizado, com base no seu contexto e apoio social.

Posteriormente, é implementado o plano de cuidados, o qual pode sofrer alterações, se necessário, passando por uma avaliação contínua.

Assim, o processo de tomada de decisão autónoma nos cuidados de enfermagem de reabilitação envolve uma abordagem sistemática, baseada em evidências e centrada na pessoa/ família/ cuidador, visando otimizar os resultados e promover a independência e a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos no processo de reabilitação.

Ao longo deste percurso, fomos capazes de delinear planos de cuidados a todas as pessoas/ família/ cuidadores, de forma autónoma, desde a pessoa em cinesiterapia respiratória, à pessoa em fase crítica. Tivemos a oportunidade de gerir recursos físicos e materiais, dar a conhecer à equipa novas ajudas técnicas, participar na gestão da equipa, no planeamento de horários em cinesiterapia respiratória e no planeamento de cuidados com a pessoa/ família/ cuidador.

2.4. Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do enfermeiro especialista são essenciais para a evolução contínua e a excelência na prática clínica. Essas competências vão além das aptidões técnicas, incluindo o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade.

Estamos perante uma sociedade em constante mudança e desenvolvimento, fruto da evolução da ciência, com técnicas inovadoras e tecnologia de ponta, sobretudo na área da saúde.

Logo, é crucial a especialização e capacitação dos enfermeiros (Silva, *et al.* 2018).

O enfermeiro especialista deve ser um eterno aprendiz, procurando constantemente novos conhecimentos, competências e evidência atualizada dentro da sua área de especialidade. Isso permite-lhe ter consciência de si, enquanto pessoa e enquanto enfermeiro especialista, na medida em que sente necessidade de otimizar os seus conhecimentos e antecipar situações de *stress* ou pressão (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

O enfermeiro especialista é visto pela equipa como um “farol”, pois apresenta um nível de conhecimento diferenciado e avançado. Efetivamente, ele responsabiliza-se por ser um facilitador de aprendizagem no contexto de trabalho. Torna-se um elemento dinamizador de conhecimento, diagnosticando necessidades formativas e gerindo ações de formação. A habilidade de ensinar e orientar outros profissionais de enfermagem é igualmente importante. O enfermeiro especialista não só amplia as suas próprias habilidades, mas também partilha conhecimento, tornando-se um recurso importante na capacitação e no desenvolvimento de outros profissionais de enfermagem. Além disso aplica a prática baseada na mais atualizada evidência científica. O desenvolvimento das aprendizagens profissionais envolve a capacidade de reflexão sobre a prática e a análise de casos clínicos, potenciando o pensamento crítico, que permite ao enfermeiro especialista aprender com a experiência e adaptar-se às mudanças no serviço e na prática clínica (Rodrigues & Cardoso, 2022). De ressaltar que fomos desenvolvendo pensamento crítico através da discussão de casos clínicos com a equipa e com os orientadores, em momentos propícios, desde reuniões de equipa a uma conversa mais informal. Devido à experiência de todos, a discussão de casos clínicos tornava-se rica em partilha de opiniões, conhecimentos e planos, desenvolvendo a competência de fundamentar uma prática sempre baseada na evidência.

Segundo Vilelas (2017), existem dois tipos de conhecimento, o de senso comum e o conhecimento científico.

O de senso comum é baseado na intuição ou na experiência de cada um, resultante, muitas vezes, de tentativas erro, e, por isso, sem critério científico. Por seu turno, o conhecimento científico é adquirido de forma consciente e sistemática, resultando de uma investigação estruturada da realidade (Vilelas, 2017). No entanto, o mesmo autor, defende que o senso comum pode ser um caminho para uma investigação científica, daí que tanto um como o outro têm o seu sentido.

Os estágios são a prova de que a aquisição de novos conhecimentos ou técnicas não é só para o aluno. Existe um ambiente propício à troca de conhecimentos mútua.

Numa fase inicial, optamos por nos integramos no serviço e de assimilar a estrutura física e organizacional dos locais de estágio, assim como a leitura de protocolos e normas de boas práticas. À medida que os estágios iam decorrendo, foi notório a evolução na formação profissional. Realizamos ações de formação informais, no sentido de atualizar conhecimentos em equipa.

Em particular no estágio de foro cardíaco, identificamos uma pessoa com alterações na deglutição. A falta de prática do serviço na utilização da escala de GUSS levou à nossa intervenção formativa. Desde então, a escala passou a ser aplicada a todas as pessoas que aparentavam ter alterações. O mesmo aconteceu com a manipulação de traqueostomias pelos colegas de cuidados gerais, aproveitando o momento para fazer uma formação sobre esse tema, mudando algumas práticas nos cuidados a serem prestados naquele serviço.

A capacidade de gerir e liderar projetos educacionais também é uma competência crucial. Isso envolve o levantamento de necessidades, o planeamento, a implementação e avaliação de programas de formação específicos para a equipa, aumentando a qualidade dos cuidados prestados. Essa sensibilidade relacionada com os processos de aprendizagem e investigação em enfermagem também se foram apurando ao longo destes estágios. Por isso, como já referimos anteriormente, já se encontra em curso um estudo que contempla um “programa de formação aos cuidadores da pessoa com afasia como evento secundário ao AVC”.

Ao longo deste percurso formativo, estamos convictos de que a aprendizagem contínua promove a adaptabilidade e a inovação, elementos essenciais num sistema de saúde em constante evolução. O enfermeiro especialista precisa estar atualizado quanto aos avanços na prática clínica. As competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do enfermeiro especialista são fundamentais para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde. A procura contínua de informação atualizada, a capacidade de ensinar e

liderar, a análise reflexiva e crítica e a gestão do tempo eficaz são elementos essenciais para o desenvolvimento e a excelência na prática da enfermagem especializada.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

A enfermagem de reabilitação é uma especialidade que desempenha um papel fulcral na promoção da saúde e prevenção de complicações, dando um suporte às pessoas e famílias que enfrentam desafios relacionados a condições de saúde agudas ou crónicas, baseando a sua prática em evidência científica. A especialidade compreende uma abrangente fonte de conhecimento específico e diferenciado que permitem melhorar a qualidade de vida da pessoa e maximizar a sua autonomia.

Um dos pilares fundamentais da enfermagem de reabilitação é a abordagem centrada na pessoa, que reconhece a sua singularidade e a envolve ativamente no seu próprio processo de recuperação e readaptação.

O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de conceber, implementar e avaliar planos de intervenção diferenciados e específicos a cada pessoa, tendo em consideração as necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais. Além disso, deve ser encarado como o elemento de referência para a pessoa e família, dando suporte, sempre que necessário, nomeadamente no processo de transição de saúde-doença. A sua intervenção tem como objetivo promover a saúde e a independência e prevenir complicações como a incapacidade ou minimizar o impacto desta, seja ao nível de funções motoras, neurológicas, cardíacas e/ou respiratórias (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio). Para além da prática clínica, é fundamental manter o conhecimento o mais atualizado possível, para se prestar cuidados de excelência e com base no que o estado da arte nos diz.

As competências do EEER, detalhadas nos próximos subcapítulos, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, p. 13566) são:

“cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

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

O EEER intervém ao longo de todo o ciclo vital e em diversos contextos da prática de cuidados, desde o início da vida até à fase mais avançada, não só em ambiente hospitalar, mas também em unidades de reabilitação, clínicas especializadas ou até mesmo no domicílio.

O profissional tem de ser capaz de identificar as necessidades de intervenção, que determinam as limitações da atividade e incapacidades, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função, avaliando o risco de alteração da funcionalidade e o seu impacto para a vida da pessoa, seja a nível funcional ou psicossocial, independentemente da etapa do ciclo vital em que a pessoa se encontra. Perante toda a informação recolhida, o profissional concebe, implementa e avalia os planos de intervenção individualizados e especializados, mantendo o foco de promoção de capacidades adaptativas, com vista aos objetivos pessoais da pessoa/familiar/cuidador.

Ao longo de todo o percurso de especialização, tivemos a oportunidade de nos deparar com várias pessoas em etapas do ciclo de vida diferentes e em vários contextos, seja no domicílio ou em ambiente hospitalar. Tudo isto foi um desafio, desde a gestão de cuidados com recurso aos meios existentes, à adaptação dos mesmos às diferentes idades e patologias. Cada pessoa é única e o EEER deve ser capaz de a avaliar enquanto membro duma sociedade com ideais específicos, respeitando-os. Deve também avaliar o suporte familiar e social que possa existir, mais concretamente o apoio ao domicílio, a possibilidade de adquirir ajudas técnicas, entre outros, de modo a estruturar um plano de reabilitação adequado e personalizado às necessidades e possibilidades de cada um, afim de sinalizar eventuais apoios necessários.

Na prática clínica, em contexto de estágio, a teoria das transições funcionou como um suporte ao nosso processo de conceção de cuidados às pessoas com necessidades especiais. Isto porque, estando esta teoria centrada num processo de transição, as pessoas com quem tivemos a oportunidade de avaliar e delinear uma estratégia de intervenção de enfermagem de reabilitação tiveram um evento de crise, que despoletou um processo de transição saúde/doença.

Sobre esta temática, Meleis (2010) refere que a transição consiste em passar de um estado de bem-estar para o estado de doença. Deste modo, pela sua estrutura de pensamento em enfermagem, alicerçamos os cuidados neste modelo teórico, focando-nos, sobretudo, em alguns aspetos, dos quais importa referir: a transição saúde/doença, a consciencialização, o envolvimento, as condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade), os padrões de resposta através dos indicadores de processo e as terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Ao longo dos próximos capítulos serão abordados esses aspetos, justificando cada um deles.

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

É de salientar o papel do EEER na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício

da cidadania. O EEER é o profissional capaz de ensinar e treinar a pessoa e família sobre técnicas adaptativas para realização das atividades de vida diárias, como o uso de material de apoio e técnicas facilitadoras. Além disso, promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social, seja na identificação de barreiras arquitetónicas, em casa ou na comunidade, ou na identificação de legislação promotoras de integração e participação social.

O foco de atenção do EEER é a capacitação da pessoa/ familiar/ cuidador, o que subentende, como eixos de ação o ensinar, instruir e treinar. O objetivo primordial será, pois, o de promover o desenvolvimento de conhecimento e capacidade (ICN, 2019).

No entanto, e fazendo a ponte com a teoria centrada num processo de transição de Meleis (2010), essa meta só pode ser atingida, se a pessoa estiver consciencializada do seu estado de saúde atual e das suas limitações e envolvida no processo de transição. A pessoa só poderá empenhar-se no processo de transição, se estiver ciente das suas mudanças (Meleis, 2010). Para todo este processo de transição, o EEER deve conhecer os condicionantes pessoais do indivíduo em questão, a comunidade onde está inserido, assim como a sociedade, uma vez que são fatores que podem inibir ou facilitar a transição (Meleis, 2010).

Relativamente aos condicionantes pessoais, o especialista deve ter em conta vários aspetos, principalmente as crenças e atitudes culturais que podem influenciar a expressão de emoções, o fator socioeconómico que pode ser um ponto vulnerável ao processo de transição. Para além destes aspetos, dever-se-á ter em conta a preparação e o conhecimento relativo à doença e ao processo de reabilitação e recuperação, visto que, quanto maior o conhecimento prévio, mais simples se torna este processo (Meleis, 2010).

Em todos os estágios, tivemos a oportunidade de realizar sessões de esclarecimento à pessoa/ família/ cuidador, prestando informações sobre o estado de saúde atual.

Nos condicionantes da comunidade e sociedade, reflete-se o apoio existente, seja a nível familiar, social ou de acesso a recursos instrumentais que podem também facilitar ou inibir o processo de transição (Meleis, 2010).

Quando inserida na componente educacional, dávamos a conhecer à pessoa/ família/ cuidador as ajudas técnicas e apoios sociais ou organizações disponíveis e incentivávamos a usufruir destes meios de apoio, referindo, por exemplo, o instituto português da afasia.

No estágio de reabilitação cardíaca, as pessoas eram reencaminhadas para programas de reabilitação no pós-alta, caso consentissem. O EEER dava a conhecer à assistente social os cuidados necessários para aquela pessoa e informava das condições sociais e habitacionais da pessoa cuidada, para que a alta fosse planeada com antecedência e de forma eficaz. O especialista participava no processo de referenciação para a RNCCI, para que fosse o mais próximo da realidade da pessoa em questão, processo no qual tivemos a oportunidade de participar como aprendizes, assistindo e referenciando.

Todo este processo de transição saúde-doença tem como objetivo a mestria, ou seja, o domínio de novas competências e a uma reformulação de identidade (Meleis, 2010).

3.3. *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*

O papel do EEER é crucial no processo de maximizar a funcionalidade das pessoas que precisam de se adaptar a limitações físicas, emocionais ou cognitivas que afetam sua autonomia e/ou qualidade de vida. Ao assumir esta responsabilidade, o EEER deve possuir um conjunto de competências essenciais que abrangem uma variedade de áreas.

No contexto de estágio, tivemos sempre o cuidado de realizar uma avaliação holística das capacidades e limitações de cada pessoa, tendo em consideração além dos aspetos físicos, os emocionais, sociais e ambientais. Com base nessa avaliação, desenvolvemos e implementamos um plano de cuidados personalizado e individualizado, definindo metas realistas e estratégias específicas para maximizar a autonomia da pessoa. Quer isto dizer que todas as intervenções implementadas foram pensadas e refletidas nas necessidades e interesses da pessoa, para que se sentisse envolvida.

Tendo em conta o referencial teórico de Meleis (2010), é fundamental que a pessoa se sinta elucidada, esteja situada na sua nova condição e desenvolva estratégias de confiança e *coping*. Para facilitar o processo, é fundamental, definir objetivos pessoais.

De referir que no estágio de cinesiterapia respiratória, uma doente tinha como objetivo levar os netos ao parque, pelo que o plano de cuidados foi estruturado e direcionado ao seu objetivo pessoal, potenciando os indicadores de resultado e a adesão ao regime terapêutico. O enfermeiro especialista, também tem um papel crucial na educação para a saúde da pessoa e família/ cuidadores, como já exposto previamente. Este deve fornecer orientações sobre a doença e a prevenção de complicações, assim como de técnicas adaptativas para a funcionalidade, de forma a potenciar a autonomia.

Hoje em dia, existem imensos materiais de apoio, para que a pessoa se sinta o mais autónoma possível consoante as suas limitações e cabe ao EEER avaliar a situação e dar a conhecer os apoios mais adequados.

O facto de termos experienciado vários estágios em diferentes áreas e com uma vasta variedade de patologias, permitiu alargar a amplitude de conhecimento, abrangendo vários materiais, recursos e técnicas, assim como aperfeiçoá-las e aumentar a capacidade de responder às necessidades das pessoas e famílias.

Nos estágios, observamos, por várias vezes, a pessoa numa fase inicial a recusar qualquer tipo de plano de intervenção, demonstrando estar revoltado e em negação pela sua nova condição de saúde e grau de dependência. O EEER desempenha aqui um papel fundamental, o qual tivemos a oportunidade de vivenciar, na abordagem empática e motivadora. Este

trabalha com a pessoa, incentivando-a a assumir responsabilidade pelo seu próprio bem-estar e ensinando-a sobre a sua condição atual. O profissional é capaz de criar um ambiente de confiança e de entreaajuda, diminuindo sentimentos de ansiedade, medo ou de frustração, tornando a pessoa mais capaz e com uma atitude positiva para enfrentar os desafios que possam surgir. Com o passar do tempo, observámos essa alteração do estado de negação para o estado de aceitação da sua condição, principalmente a partir do momento em que a pessoa começa a ver ganhos na sua autonomia.

Tudo isto implicou resiliência e persistência, contudo conseguimos, com o passar do tempo, adquirir competências neste âmbito e verificar que a reabilitação vai muito além da capacidade física. Exige empatia, compreensão e uma abordagem holística para lidar com as necessidades emocionais e psicológicas da pessoa/ família/ cuidadores. Criar esta ligação de entreaajuda e fazê-los acreditar no plano de reabilitação, incentivá-los e inspirá-los foi um processo gradual e difícil, mas compensador. Cada pequeno progresso alcançado foi motivo de celebração e de reforço positivo, incentivando-os a continuar, mesmo nos momentos mais difíceis. Desenvolver competências a nível da capacitação da pessoa/ família/ cuidador também foi um processo desafiante, mas superado. A fase inicial é sempre a mais difícil, pois existe uma mudança do estado de saúde que exige, primeiramente, uma consciencialização, para depois haver uma recuperação ou adaptação. O EEER tem de perceber em que fase a pessoa se encontra para ajustar o seu plano de reabilitação.

Poder testemunhar todos os pequenos ganhos e ter noção do impacto que se pode ter na recuperação de autonomia, como EEER, é verdadeiramente gratificante.

Concluindo, o EEER deve ser um defensor dos direitos e da dignidade da pessoa, promovendo a autonomia e a participação ativa da pessoa em todas as decisões relacionadas com o seu projeto de vida.

4. Considerações finais

Ao longo deste capítulo, foram apresentadas reflexões sobre a prática desenvolvida ao longo dos estágios. Os estágios foram realizados em duas Unidades Locais de Saúde, no norte do País. Ambas pertencem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e são uma referência para o Sistema de Saúde. Foram realizados em diferentes contextos: unidade de ambulatório de Reabilitação Respiratória, serviço de Ortopedia, serviço de Cardiorácica e serviço de Cuidados Intensivos, dando ênfase ao papel do EEER nas diferentes áreas da prestação de cuidados. Para os diversos estágios foram cumpridos os objetivos específicos propostos e foram delineados os objetivos específicos que permitiram desenvolver competências de enfermagem avançada, nas áreas de maior interesse profissional.

Apresentaram-se as atividades realizadas para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER, que foram fundamentais para alicerçar a prática clínica. Tivemos a oportunidade de exercer a prática clínica sustentada em evidência científica, permitindo uma tomada de decisão assente numa prática crítica e reflexiva, seguindo os documentos pelos quais a enfermagem se rege, garantindo a segurança nos cuidados e uma melhoria contínua da qualidade.

O EEER tem um trabalho autónomo, o que exige que seja detentor de conhecimento científico e técnico o mais atualizado possível. Este profissional é um elemento de referência para os seus colegas e trabalha conjuntamente com outros profissionais, com o objetivo de potenciar os ganhos para a pessoa. No desenvolvimento da sua prática, deve ainda, assumir um papel ativo, relativamente à gestão dos recursos, adequando-os às necessidades e garantindo um ambiente seguro.

Foi notória a evolução, ao longo deste percurso. Todas as experiências, nos contextos de estágio, foram promotoras de conhecimento e permitiram conciliar a teoria com a prática. Possibilitaram, também, o desenvolvimento de novas técnicas e conhecimentos, e providenciaram momentos de partilha mútua de conhecimentos. Estes momentos permitiram um enriquecimento profissional e pessoal.

Como aspetos limitadores do estágio surgem o pouco tempo em cada serviço e o facto de os rácios serem inferiores ao defendido pela Ordem dos Enfermeiros, o que faz com que a gestão de tempo seja mais difícil e que possa limitar as oportunidades de estágio.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

INTERVENÇÕES NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA COM AFASIA: UMA SCOPING REVIEW

1. Resumo

Enquadramento: A comunicação compreende um comportamento interativo no sentido de dar e receber informação. Subentende-se, pois que haja uma partilha e criação de relações. Na afasia torna-se evidente a presença de uma barreira comunicacional e isto tem implicações significativas na qualidade de vida, não apenas na fluidez comunicativa, mas também na esfera social. Surge a importância do envolvimento do cuidador informal como um aliado ao processo de transição de saúde-doença, com o objetivo de colmatar as falhas existentes na comunicação. Ser cuidador informal requer um esforço contínuo, traduzindo-se numa sobrecarga, muitas vezes por falta de formação de como cuidar do seu familiar. O EEER é fundamental neste processo de capacitação, pela sua capacidade de envolver a pessoa e cuidadores no processo de reabilitação, bem como pelo seu conhecimento diferenciado e avançado na área e pela sua competência em capacitar a pessoa e cuidadores.

Objetivo: Mapear a evidência científica, identificando as intervenções na capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia.

Metodologia: Foi realizada uma *Scoping Review* seguindo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute*. Na identificação dos estudos foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrónicas: *CINAHL Complete* e *COCHRANE* (via EBSCO), *MEDLINE Complete* (via EBSCO e PubMed) e *Scientific Electronic Library* (SciELO). Para a literatura cinzenta recorre-se a Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Resultados: De um total de 285 artigos, foram incluídos 5 nesta revisão. Destes artigos, 3 abordam o treino dos cuidadores e os outros 2 aludem as estratégias de comunicação que podem ser aplicadas.

Conclusão: Foi possível constatar que um programa de ensino aos cuidadores informais é fundamental e imprescindível na vida destes cuidadores e das pessoas com afasia, potenciando a qualidade de vida de ambos. A qualidade de vida dos cuidadores se estiver afetada, certamente o seu empenho será afetado e provocará um efeito negativo na reabilitação da pessoa com afasia.

Os artigos analisados expõem as estratégias de comunicação mais adequadas para utilizar com pessoas com afasia, assim como a necessidade do treino de capacitação. Conclui-se que as intervenções para promover a capacitação do cuidador informal só farão sentido se

conjugadas com as estratégias adaptativas de comunicação. Ao fornecer estas estratégias, através do treino do cuidador informal, o EEER contribui para o alcançar da mestria do cuidador informal.

Palavras-chave: comunicação; afasia; cuidador; capacitação; enfermagem reabilitação

2. Abstract

Background: Communication involves interactive behavior in giving and receiving information, implying sharing and building relationships. In aphasia, the communication barrier becomes evident, significantly impacting not only in what concerns communicative fluency, but also social interaction, thus underscoring the importance of informal caregiver involvement in the health-disease transition process to address existing communication gaps. Being an informal caregiver entails continuous effort, often resulting in a burden, mainly due to a lack of training to care for their family member. The role of the specialist nurse in rehabilitation nursing is crucial in this empowerment process, not only because of his/her ability to engage individuals and caregivers in the rehabilitation process, but also due to his/her specialized and advanced knowledge in the field, in addition to his/her competence in empowering both individuals and caregivers.

Objective: To map scientific evidence by identifying interventions in empowering informal caregivers of individuals with aphasia.

Methodology: A Scoping Review was conducted following the Joanna Briggs Institute guidelines. The identification of studies used the following electronic databases: CINAHL *Complete* e COCHRANE (via EBSCO), MEDLINE *Complete* (via EBSCO e PubMed) e *Scientific Electronic Library* (SciELO). Grey literature was accessed through Open Access Scientific Repositories of Portugal.

Results: Out of a total of 285 articles, 5 were included in this review. Among these articles, 3 addressed caregiver training, while the remaining 2 discussed communication strategies that can be applied.

Conclusion: It was evident that an education program for informal caregiver is fundamental and essential in the lives of these caregivers and individuals with aphasia, enhancing the quality of life for both. If caregivers' quality of life is affected, their commitment will undoubtedly be affected, negatively impacting the rehabilitation of individuals with aphasia.

The analyzed articles present the most suitable communication strategies to put in place for individuals with aphasia, emphasizing the need for training. Interventions to promote informal caregiver training only make sense when combined with adaptive communication strategies. By providing these strategies through informal caregiver training, the rehabilitation nurse contributes to the informal caregiving achieve mastery.

Keywords: communication; aphasia; caregiver; empowerment; rehabilitation nursing

3. Fundamentação/enquadramento teórico

O enquadramento teórico pretende fundamentar a pesquisa realizada, contextualizando o problema encontrado com a evidência científica, justificando assim a problemática do estudo. O presente capítulo encontra-se dividido em quatro subcapítulos: a epidemiologia do AVC; a afasia como distúrbio da linguagem; o cuidador informal da pessoa com afasia e o papel do EEER na capacitação destes cuidadores.

Em cada subcapítulo é apresentada uma breve revisão da literatura e destacada a pertinência do estudo proposto.

3.1. Epidemiologia do AVC

A saúde cardiovascular constitui uma preocupação primordial no contexto da epidemiologia a nível mundial (OMS, 2021). A persistência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte no país (32452 óbitos em 2021), embora tenha experimentado um declínio de 6,2% em comparação com o ano anterior, continua a ser um desafio contínuo para os sistemas de saúde e a sociedade em geral, conforme evidenciado pelo Instituto Nacional de Estatística (2023).

Dentro desse grupo de doenças, é notável a incidência do AVC, que se posiciona como a principal causa de mortalidade, registando aproximadamente 17,9 milhões de óbitos, em 2019, a nível mundial (OMS, 2021), sendo que em Portugal, o número de óbitos ronda os 9613, em 2021 (INE, 2023).

Segundo Cernadas (2021), estima-se que até 2035, o crescimento do número de óbitos por AVC atinja os 45%. Destes 45%, a previsão europeia é de 34% sendo que também aumentará em 25% os sobreviventes do AVC. Os custos totais do AVC irão atingir os 45 biliões de euros (Cernadas, 2021).

A complexidade das consequências decorrentes de eventos como AVC não se limita à mortalidade. Os sobreviventes enfrentam, frequentemente, uma variedade de deficiências neurológicas que comprometem significativamente a qualidade de vida. Tais deficiências não se restringem ao âmbito físico. Estendem-se, além disso, ao domínio da linguagem, como a afasia, emergindo como uma preocupação importante (Kaur *et al.*, 2020).

3.2. Afasia um distúrbio da linguagem

Afasia é um distúrbio de linguagem que afeta a capacidade de compreender e expressar, causada por uma lesão no córtex cerebral, mais especificamente na região frontal do hemisfério esquerdo, na maior parte dos casos como consequência de um AVC (Fridriksson *et al.*, 2015). Dados internacionais indicam que a afasia chega a atingir entre 20% a 43% das manifestações numa pessoa após AVC (Couto *et al.*, 2020; González *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2016). Já os estudos nacionais são muito escassos.

A afasia pode-se manifestar de várias formas e as características específicas variam conforme o tipo e a extensão do dano cerebral presente (Martins, 2013). Algumas características incluem:

- dificuldades na expressão verbal: pessoas com afasia podem ter dificuldades em encontrar palavras certas para expressar os seus pensamentos ou sentimentos;
- dificuldades na compreensão, tanto falada como escrita;
- dificuldades na repetição: repetir palavras pode ser uma tarefa difícil;
- dificuldades na leitura e na escrita: alguns podem ter problemas para ler ou entender o significado das palavras, enquanto outros podem ter dificuldades em expressar pensamentos por escrito;
- dificuldades na nomeação de objetos: uma condição conhecida como anomia e que está presente em todos os tipos de afasia;
- fluência do discurso: resultando em fala hesitante, interrompida ou não fluente.

É importante notar que a afasia pode ser composta em diferentes tipos, como afasia de Broca (motora), afasia de Wernicke (sensitiva), afasia global, entre outros (Martins, 2013). Cada tipo apresenta características específicas, contribuindo para uma gama diversificada de sintomas observados em pessoas com afasia, esclarecido na seguinte tabela.

Fluência	Compreensão	Repetição	Tipo de afasia
Não fluente	Normal	Normal	Transcortical motora
Não fluente	Normal	Perturbada	Broca
Não fluente	Perturbada	Normal	Transcortical mista
Não fluente	Perturbada	Perturbada	Global
Fluente	Normal	Normal	Anómica

Fluente	Normal	Perturbada	Condução
Fluente	Perturbada	Normal	Transcortical sensorial
Fluente	Perturbada	Perturbada	Wernicke

Tabela 4 - Classificação das síndromes afásicas adaptado de Martins (2013)

Cada pessoa que tem afasia é única e, conseqüentemente, cada manifestação da afasia é singular na sua vida e dos seus familiares, ou seja, a forma como a afasia afeta a qualidade de vida é determinada por diversos fatores e depende de pessoa para pessoa. A afasia pode fazer com que a própria pessoa não se reconheça e sinta dificuldades ao compreender o discurso dos outros ou até mesmo de dizer ou escrever os seus pensamentos, o que limita e prejudica a sua capacidade de se comunicar com o mundo ao seu redor (Donati *et al.*, 2020). A palavra comunicação compreende um comportamento interativo no sentido de dar e receber informação (ICN, 2019), portanto subentende-se que haja uma partilha, que haja convívio e criação ou manutenção de relações.

Porém, no contexto da afasia, torna-se evidente a presença de uma barreira comunicacional e isto tem implicações significativas na qualidade de vida. A incapacidade de responder a perguntas simples contribui para uma sensação de despersonalização. Uma pessoa com afasia enfrenta obstáculos em situações do dia-a-dia que antes eram simples e naturais. Essa desconexão entre a intenção de se comunicar e a eficácia da expressão de pensamentos pode resultar em dificuldades sociais e relacionais, afetando a interação com o ambiente e as pessoas ao seu redor. A afasia não compromete apenas a fluidez comunicativa, mas também se reflete na esfera social (Ramazanu *et al.*, 2022). É possível afirmar que a pessoa com afasia seja capaz de sentir complexos ao tentar iniciar um diálogo, pela fala imperfeita ao seu interlocutor (Donati *et al.*, 2020).

O tipo de afasia e a forma como se evidencia reflete-se na vida quotidiana, não só da pessoa afásica, mas também do seu cuidador informal. A afasia pode impedir ou comprometer a capacidade de participar no planeamento de atividades futuras conjuntas e de aprofundar a conversa nesse âmbito (Tuomenoksa *et al.*, 2022).

3.3. *O cuidador informal da pessoa com afasia*

O cuidador informal é a pessoa que assiste às necessidades de uma pessoa dependente, a acompanha e que cuida dela permanentemente (ICN, 2019; Instituto da Segurança Social, 2024).

Numa grande parte dos casos, o cuidador inicia o discurso de forma menos apropriada, com recurso a enunciados estereotipados (por exemplo, um jornal) e a perguntas de resposta curta, normalmente compostas por uma resposta de sim/não, o que torna o discurso pobre e restrito, não ajudando a pessoa com afasia a expor as suas ideias (Tuomenoksa *et al.*, 2021). Os cuidadores têm tendência a manter o controlo e a responder mais, refletindo em comportamentos protetores para tentar minimizar os sentimentos de vulnerabilidade.

No entanto, os cuidadores esforçam-se por atingir a normalidade e desejam envolver-se em conversas abertas e profundas com a pessoa afásica (Ramazanu *et al.*, 2022).

A transição saúde-doença que a pessoa com AVC vive, segundo a teoria das transições de Afaf Meleis (2010), consiste em passar de um estado de bem-estar para o estado de doença e requer, por parte das pessoas envolvidas, a incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança na definição de si próprio. Todo este processo de transição é bastante complexo e gera diferentes significados determinados pela perceção de cada pessoa (Meleis, 2010). A teoria de Afaf Meleis é fundamental para apoiar a pessoa e família neste processo, identificando estratégias facilitadoras e fatores envolventes (Meleis, 2010).

O cuidador informal facilita a interação com o meio envolvente (Teles, 2016). A paciência, o apoio emocional e a compreensão do cuidador são elementos chave na construção da resiliência da pessoa com afasia. O cuidador informal assume-se como um elemento facilitador em contextos sociais, educacionais e de saúde, uma vez que pode participar em consultas médicas, terapias e interações com a comunidade, garantindo que as necessidades específicas da pessoa com afasia sejam reconhecidas e atendidas (Teles, 2016). A sua dedicação facilita a prática de comunicação, o apoio emocional e a construção de uma ponte entre a pessoa e o mundo ao seu redor (Pitt *et al.*, 2019). O cuidador informal é um elo valioso na adaptação, reabilitação e qualidade de vida daqueles que enfrentam os desafios da afasia (Donati *et al.*, 2020; Pitt *et al.*, 2019; Teles, 2016).

Ser cuidador informal requer um esforço contínuo ao nível cognitivo e emocional, provocado pela dependência da pessoa afásica, podendo mesmo levar ao desgaste do cuidador. Torna-se difícil o cuidador informal ter tempo para realizar as suas tarefas pessoais. Além disso, estar constantemente com a pessoa afásica, sem conseguir comunicar eficazmente com ela,

é um fator gerador de ansiedade, pois o cuidador informal passa a ser o seu suporte (Jesus *et al.*, 2023). Esta ansiedade pode ser provocada por falta de capacitação no processo de cuidar da pessoa com afasia, não realizada pelos enfermeiros (Dixe & Querido, 2020).

Segundo Simmons-Makie (2018), a Teoria da Acomodação da Comunicação surge quando os envolvidos numa conversa, modificam a sua linguagem consoante os seus interlocutores. No caso da afasia, os familiares/ cuidadores acomodam-se, ou em demasia ou em falta, à pessoa afásica, agindo instintivamente, socorrendo-se de estratégias como falar mais alto ou em ritmo excessivamente lento, o que, na maior parte das vezes, acontece de forma natural, provocando nas pessoas com afasia sentimentos negativos (Simmons-Makie, 2018). Por outro lado, e também de forma intencional, a família/ cuidadores podem optar pelo uso de recursos como gestos ou escrita, para facilitar a comunicação, invertendo o raciocínio e fazendo a pessoa com afasia se adaptar a este tipo de técnicas (Simmons-Makie, 2018). Segundo o mesmo autor, esta teoria justifica a importância da envolvência e do treino de competências da família/ cuidadores, pois a acomodação utilizada de forma inadequada pode ser desvantajosa e prejudicial.

3.4. O papel do EEER na capacitação do cuidador

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, o EEER é o profissional competente para capacitar a pessoa e cuidador e ser um elemento facilitador na reinserção social da pessoa com limitações, promovendo um ambiente seguro. O especialista, concebe, implementa e avalia planos de intervenção com o recurso a técnicas adaptativas, com o objetivo de promover o autocontrolo no processo de transição de saúde/doença (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio).

O profissional é capaz de dar a conhecer os fatores facilitadores de comunicação, desde saber identificar estratégias adaptativas da comunicação, manutenção de esperança na recuperação, no tempo para se reajustar e no envolvimento da comunidade, dando a conhecer atividades recreativas ou grupos de apoio (Ramazanu *et al.*, 2022).

Tendo em conta o conhecimento diferenciado e avançado do EEER, ele é capaz de identificar o tipo de afasia presente, tal como explicado nos subcapítulos anteriores, delineando um programa de reabilitação ajustado à componente que a pessoa tem afetada. Perante isso, o profissional é capaz de transmitir essa informação ao cuidador, e planear um programa de capacitação específico à componente afetada, fornecendo estratégias ao cuidador sobre como adaptar a sua comunicação e torná-la mais eficaz.

Ao longo deste processo, o enfermeiro desempenha um papel muito importante na manutenção de esperança e apoio aos cuidadores, com informações atualizadas, ajudando-os a manter uma atitude positiva em todo o processo.

Segundo o mesmo autor, o EEER pode orientar os cuidadores e a pessoa com afasia a recorrer a recursos na comunidade, obtendo um suporte adicional e a promover uma atitude mais positiva com a melhoria do humor.

A evidência encontrada sobre a temática em estudo, além de escassa, encontra-se dispersa, desta forma, é necessário mapear a evidência científica identificando as intervenções que podem ser realizadas pelos EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia.

4. Objetivos e finalidade

O objetivo deste trabalho é mapear as intervenções que podem ser realizadas pelo EEER e que promovam a capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia.

Com isto, pretende-se delinear um plano de capacitação ao cuidador informal da pessoa com afasia e, deste modo, contribuir favoravelmente no processo de transição saúde/doença da pessoa vítima de afasia por AVC, melhorando os cuidados do EEER, evitando uma sobrecarga emocional e melhorando a qualidade de vida do cuidador informal e da pessoa com afasia.

5. Metodologia

O processo de investigação inicia-se com a identificação de uma problemática, que dará origem a uma pergunta de investigação que despoletará um plano de estudo com método científico (Duarte, *et al.* 2022). Os mesmos autores defendem que “o método científico possui três características básicas: é sistemático, organizado e objetivo” (p. 15). Portanto, a metodologia serve para “fazer referência às fases e aos procedimentos que se seguem numa determinada investigação, para designar modelos concretos de trabalho” (Vilelas, 2017, p. 55).

Neste capítulo, expõe-se o desenho do estudo, a questão de investigação, a estratégia de pesquisa, seleção dos estudos e extração de dados e as considerações éticas.

5.1. Desenho do estudo

O tipo de estudo realizado é uma *Scoping Review* seguindo as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (Peters *et al.*, 2020).

Uma *scoping review* é uma revisão detalhada da evidência disponível sobre um determinado tema, inclusa em diversas bases de dados e com objetivos específicos, de forma a sintetizar conhecimentos e obter informação necessária para o problema de investigação (Vilelas, 2017).

O principal objetivo de uma *scoping review* é mapear a evidência científica sobre um tema específico e clarificar a forma como este foi estudado, ou seja, é um processo metódico específico e rigoroso que permite definir um problema de investigação, comparar resultados, identificar lacunas presentes e relacionar conceitos (Duarte, *et al.* 2022; Vilelas, 2017).

Para a estruturação e orientação da pesquisa, assim como a sua execução, foi desenvolvido um protocolo com os seguintes pontos chaves: os objetivos da revisão; a população a ser incluída; a formulação da questão de investigação; a estratégia de pesquisa com as bases de dados a serem incluídas; os critérios de inclusão e de exclusão e estratégia para extração da informação.

5.2. Questão de Investigação

De acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, a pergunta de investigação foi elaborada com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Peters *et al.*, 2020).

Assim, apresentam-se os componentes da questão de investigação:

- População: cuidadores informais da pessoa com afasia;
- Conceito: intervenções de capacitação dos cuidadores informais da pessoa com afasia;
- Contexto: desde a admissão no hospital ao contexto após alta.

Deste modo, formula-se a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções que promovem a capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia no processo de comunicação?”.

5.3. Estratégia de pesquisa, seleção dos estudos e extração de dados

Para identificar os estudos utiliza-se as seguintes bases de dados eletrónicas: CINAHL *Complete* e COCHRANE (via EBSCO), MEDLINE *Complete* (via EBSCO e PubMed) e *Scientific Electronic Library* (SciELO). Para a literatura cinzenta recorre-se a Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Os critérios de inclusão considerados são: estudos primários, experimentais, quase-experimentais e observacionais, sem limite temporal e que expliquem as intervenções na capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia após AVC (publicados em português, inglês e espanhol). Serão excluídos estudos que abordem o cuidador formal.

Os *MeSh terms*/ descritores em saúde utilizados são: *communication, communication strategies, aphasia, aphasic, people with aphasia, caregivers, family members, informal caregivers, stroke*. Interligando-os pelos operadores booleanos AND e OR conjugando a seguinte frase booleana: (*communication or “communication strategies”*) AND (*aphasia or aphasic or “people with aphasia”*) AND (*caregivers or “family members” or “informal caregivers”*) AND (*stroke*). Na seguinte tabela, explanando a estratégia de pesquisa:

Base de dados	Frase booleana
CINAHL <i>Complete</i>	(<i>communication or “communication strategies”</i>) AND (<i>aphasia or aphasic or “people with aphasia”</i>) AND (<i>caregivers or “family members” or “informal caregivers”</i>) AND (<i>stroke</i>)

MEDLINE <i>Complete</i>	
Cochrane	
SciELO	<i>communication AND aphasia AND (caregivers OR family) AND stroke</i>
RCAAP	<i>aphasia AND family AND stroke</i>

Tabela 5 - Estratégia de pesquisa

A pesquisa nas bases de dados foi realizada entre o início do mês de novembro e fim de dezembro de 2023.

Para a extração dos artigos, gestão dos estudos e remoção dos duplicados recorre-se ao apoio do software *Mendeley Reference Manager*.

A seleção dos estudos iniciou-se pela análise dos títulos e resumos, por dois revisores independentes.

De seguida, executa-se a análise do texto completo, tendo sido qualquer divergência resolvida por consenso (Peters *et al*, 2020). Todos estes dados foram transcritos no fluxograma PRISMA (Peters *et al*, 2020).

Para a extração de dados, foram estruturadas três tabelas. Na primeira tabela, foram incluídas as intervenções e as estratégias de comunicação referidas em cada estudo. Na segunda tabela encontram-se explanadas as intervenções implementadas, os resultados e as conclusões. E na última, foram incluídos dados complementares como: a identificação dos revisores dos artigos; dados que identifiquem o artigo (o título, autores, ano e local onde foi desenvolvido o estudo); a orientação metodológica; o objetivo; os participantes; aspetos éticos; análise de dados; resultados e conclusões e notas de contextualização necessárias (APÊNDICE III).

5.4. Considerações éticas

Sendo o presente estudo uma *scoping review* que pretende retratar o estado da arte do tema em análise, realizada num âmbito académico, surgem como considerações éticas a confiabilidade e a precisão das informações dos artigos analisados que se garantiu por meio de uma metodologia de pesquisa rigorosa e da realização correta das referências bibliográficas.

Todos os estudos analisados foram devidamente referenciados atendendo ao conhecimento deles retirado.

Nesta revisão, foram utilizados dados provenientes de documentos de acesso público, sem critérios que exigem aprovação por uma comissão de ética.

6. Resultados

Após pesquisa nas diferentes bases de dados, obtiveram-se 285 artigos que, após remoção dos duplicados, se limitaram a 253, dos quais 241 foram eliminados por não cumprirem os critérios de inclusão (após análise do título e resumo).

Após a análise integral dos artigos, foram incluídos 5 nesta revisão, eliminando-se 7 por não responderem à questão de investigação.

Para sistematizar todo o processo de seleção dos artigos, utilizou-se o diagrama PRISMA (Figura 1).

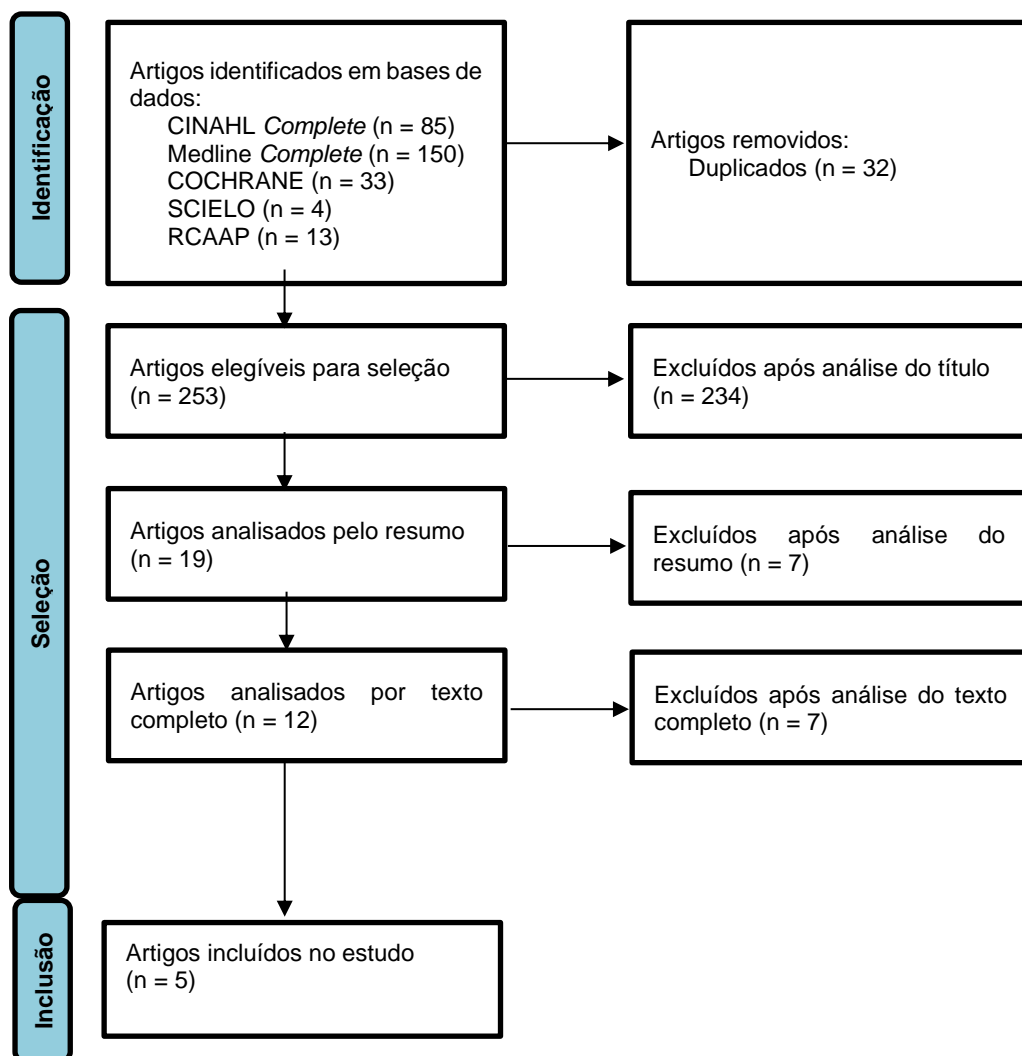


Figura 1 - Fluxograma PRISMA adaptado de Peters *et al* (2020)

Os artigos incluídos reportam-se a publicações entre 2017 e 2023 e estão publicados em língua inglesa e português do Brasil.

Dois dos estudos foram realizados na Holanda, dois no Brasil e um em África.

Em primeiro lugar, os estudos da Holanda tiveram como estratégia implementar um programa de formação já desenhado e estruturado, destinado aos parceiros na comunicação das pessoas com afasia, como forma de ensinar sobre estratégias adaptativas na comunicação e explorar a experiência dos cuidadores com este programa.

Um dos estudos do Brasil, teve como objetivo verificar os efeitos de um programa de treino num grupo de cuidadores e verificar o impacto na qualidade de vida de ambos.

Já os restantes artigos demonstram intervenções possíveis de aplicar num programa de capacitação ao cuidador.

De seguida é apresentada uma tabela resumo dos resultados.

	Intervenções	Estratégias de Comunicação
Estudo 1	Treino de competências linguísticas do cuidador informal através da análise crítico-reflexiva de vídeos.	--
Estudo 2	Treino de competências linguísticas do cuidador informal através da análise crítico-reflexiva de vídeos.	Uso de escrita com palavras-chave; não falar de várias coisas ao mesmo tempo; abordar claramente o assunto; dar tempo à pessoa com afasia de expor a sua ideia; não saltar conversas; dar feedback e não recorrer a questões abertas.
Estudo 3	Treino de competências linguísticas do cuidador informal através de um processo formativo estruturado por módulos.	--
Estudo 4	--	Elaboração de um guia informativo de apoio aos cuidadores, onde eram abordados temas sobre o AVC, a equipa multidisciplinar a quem poderiam recorrer, possíveis alterações emocionais e de comportamento, assim como estratégias a que podiam recorrer, no caso dessas alterações se verificarem ou de sensação de <i>stress</i> e sobrecarga.

Estudo 5	--	Gerir o ambiente físico e o tempo; reconhecer competências na pessoa afásica e permitir o seu envolvimento; captar a atenção da pessoa e certificar que está a ver e a ouvir; usar linguagem simples; transmitir a informação de vários modos; fazer pausas; usar palavras-chave; repetir ou reformular informações; usar a escrita; usar símbolos, gráficos e imagens; adaptar documentos de consentimento informado à pessoa afásica; fazer perguntas de sim ou não; observar a linguagem corporal; convidar a pessoa afásica a questionar; pedir para parafrasear o que foi transmitido e fornecer <i>feedback</i> .
-------------------------------	----	---

Tabela 6 - Tabela de resultados

Três dos estudos foram publicados em revistas científicas como a *Disability and Rehabilitation* e a *Language & Communication Disorder*, e são estudos exploratórios e descritivos.

Os restantes estudos decorrem de investigações de mestrado e doutoramento.

O conteúdo dos 5 artigos incluídos foi sujeito a uma análise por parte dos revisores e transcritos nas tabelas de extração de dados elaboradas pelos mesmos.

De seguida, apresenta-se uma das tabelas que expõe os resultados dos estudos de forma individual e sintetizada.

Estudo	Autor/ Ano	Intervenção	Resultados e conclusão
1	Wielaert, S., van de Sandt- Koenderman, M. W. M. E., Dammers, N., Sage, K. 2018	<p>A equipa imPACT fornece aos técnicos de terapia da fala e enfermeiros um programa estruturado e orientado (designado de PACT), pelo qual se regem para treinar os parceiros da pessoa com afasia, utilizando uma abordagem experimental.</p> <p>A formação dos parceiros baseia-se na análise e discussão de vídeos gravados pelo casal, de conversas do dia-a-dia feitas no seu domicílio.</p> <p>Posteriormente, o enfermeiro analisa e discute com a dupla os objetivos.</p>	<p>A formação foi limitada devido a fatores organizacionais, tais como a restrição de tempo, que refletiu na falta de competências dos mediadores de conhecimento.</p> <p>Por outro lado, o programa tornou-se indispensável e foi considerado de fácil utilização pelos mediadores de conhecimento. Trouxe, também, aptidões e competências, não só aos profissionais, mas também para a pessoa com afasia e seu parceiro.</p> <p>O estudo desenvolveu uma iniciativa adicional, que foi fornecer aos parceiros um dossier com informações mais claras e interativas das conversas, a fim de os preparar para o futuro, assim como demonstrar o apoio disponível.</p>

2	<p>Wielert, S.M., Berns, P., van de M.W.M., Dammers, N., Sage, K.</p> <p>2017</p>	<p>Os parceiros, numa fase inicial, foram sensibilizados e convidados a explorar novas estratégias de conversa, assim como a começarem a colocar em prática. Antes e depois do treino, cada dupla fazia vários vídeos de conversas naturais, para posterior análise, discussão em conjunto e alteração de comportamentos/ atitudes.</p> <p>O treino, com duração aproximada de 1h, envolvia a análise dos vídeos e a realização de diferentes tarefas, como exercícios escritos, dramatizações, tarefas domésticas e discussões. A duração da formação era decidida em consulta com o parceiro e com base nos seus objetivos (média 5 sessões).</p>	<p>Os parceiros afirmaram ter-se tornado mais conscientes sobre a comunicação eficaz e sobre o reconhecimento dos seus estilos de conversa, à medida que eram discutidos com base nos seus vídeos. Também relataram novas estratégias comunicacionais que aprenderam para facilitar a pessoa afásica a intervir no diálogo e partilhar os seus próprios pensamentos e ideias, tais como: uso de escrita com palavras-chave; não falar de várias coisas ao mesmo tempo; abordar claramente o assunto; dar tempo para a pessoa afásica expor a sua ideia; não saltar conversas; dar <i>feedback</i> para confirmar se a mensagem está a ser bem interpretada e não fazer perguntas abertas.</p>
3	<p>Rodrigues, T.</p> <p>2020</p>	<p>Numa fase inicial, foi realizada uma avaliação diagnóstica, para identificar as dificuldades e recursos específicos dos cuidadores e dos indivíduos com afasia, de forma a estabelecer objetivos direcionados. Posteriormente, foi realizada a intervenção educacional com 4 módulos (psicoeducação, habilidades sociais e expressividade emocional, habilidades sociais de comunicação assertiva, busca de formação/ informação) e depois a avaliação pós-intervenção.</p>	<p>O estudo indica que houve ganhos, no sentido que os indivíduos adquiriram habilidades para lidar com situações que antes eram desafiadoras, como pedir ajuda, expressar os seus desejos, exprimir vontades e opiniões, entre outros. Houve, também, melhoria na perceção de qualidade de vida dos cuidadores e da pessoa com afasia, principalmente no domínio do humor, assim como houve também, uma melhoria no grau de dependência após o treino de habilidades sociais.</p>

4	Godoy, M. 2021	Foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema e elaboração de um guia informativo com temas pertinentes ao contexto familiar, com base nos resultados recolhidos dos questionários.	Segundo os resultados dos questionários preenchidos pelos cuidadores, existe uma sobrecarga neste papel, mas nem por isso conseguem reconhecer e procurar novos recursos para superar estas situações do dia-a-dia. Desta forma, o guia informativo foi realizado tendo em conta 5 domínios: orientações sobre o AVC, equipa multidisciplinar e família, alterações emocionais e comportamento da pessoa, <i>stress</i> e sobrecarga do cuidador e estratégias de <i>coping</i> .
5	Stipinovich, A; Dada, K. 2023	Foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de identificar os tipos de decisões para as quais as pessoas com afasia recebem apoio, quais os parceiros de comunicação nestes casos e quais as estratégias de comunicação que são implementadas para apoiar a tomada de decisão da pessoa afásica.	O processo de tomada de decisão é relativo às condições de vida, às decisões financeiras e a cuidados médicos. Os parceiros na comunicação eram amigos, família, profissionais de saúde ou advogados. As estratégias de comunicação, foram agrupadas de acordo com os componentes do processo de tomada de decisão. O primeiro grupo representa as estratégias gerais a serem implementadas ao longo de todo o processo de tomada de decisão. Os dois grupos a seguir são aqueles que podem ser implementados pelos parceiros de comunicação, desde a comunicação verbal à linguagem escrita. O quarto grupo representa as estratégias que o parceiro pode implementar para verificar se a pessoa afásica compreendeu as informações que lhe foram apresentadas e para verificar se a informação transmitida pela pessoa com afasia foi compreendida. Também identificaram estratégias para apoiar a pessoa afásica na ponderação de informações e no raciocínio sobre opções, no caso do consentimento informado.

Tabela 7 – Tabela de extração dos dados

7. Discussão

Perante os resultados encontrados, foi possível constatar, em todos eles, que um programa de ensino aos cuidadores é fundamental e imprescindível na vida destes e das pessoas com afasia.

Os cuidadores, ainda que sem formação, estão ativamente presentes no dia-a-dia da pessoa afásica e acompanham-na nas suas tarefas diárias, nas consultas médicas e nas terapias de reabilitação, pela incapacidade da pessoa afásica se cuidar autonomamente, não por dependência física, mas por dependência linguística, colocando-o numa posição infantilizada (Moleta *et al.*, 2011). Muitas vezes, os próprios cuidadores são elegidos por profissionais de saúde como coterapeutas, sem estrutura emocional e apoio para assumir esse papel, o que aumenta o *stress*, medo e a angústia do cuidador, traduzindo-se numa sobrecarga na relação dos mesmos, principalmente no processo de tomada de decisão (Jesus *et al.*, 2023; Moleta *et al.*, 2011).

Stipinovich e os colaboradores (2023), no estudo 5, acrescentam que o processo de tomada de decisão é relativo a várias situações do dia-a-dia, decisões financeiras e até mesmo sobre cuidados médicos.

Perante o exposto, é necessário fornecer orientação aos cuidadores, pois se a qualidade de vida dos mesmos estiver afetada, certamente o seu empenho será prejudicado e provocará um efeito negativo na reabilitação da pessoa com afasia (Moleta *et al.*, 2011).

Nem todos os artigos fazem referência às estratégias de comunicação mais adequadas para utilizar em pessoas com afasia. No entanto, a maior parte deles, refere a necessidade do treino de competências linguísticas.

Desta forma, esta secção será dividida por pontos chave para o processo de capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia no processo de comunicação, adquirido pelos artigos incluídos nesta revisão.



Figura 2 - Capacitação do Cuidador Informal

As intervenções para promover a capacitação do cuidador informal só farão sentido se conjugadas com as estratégias adaptativas de comunicação (figura 2). Ao fornecer estas estratégias, através do treino do cuidador informal, é possível facilitar o alcançar da mestria do cuidador informal.

- *Intervenções que promovem a capacitação do cuidador informal*

As intervenções baseiam-se no treino de competências linguísticas do cuidador informal, perante a comunicação com a pessoa afásica.

Segundo os artigos expostos, este treino pode realizar-se através de estudos de caso, ou seja, com a gravação de vídeos realizados pela dupla. Subentenda-se dupla como o cuidador informal e a pessoa com afasia. Esses vídeos são gravados pelos próprios, no seu quotidiano, e posteriormente é realizada uma análise e discussão, com a apresentação de estratégias de melhoria, tendo em conta os casos reais (Wielert *et al.*, 2017; Wielert *et al.*, 2018).

O facto dos cuidadores se depararem com as próprias gravações, é um aspeto fundamental para a sua sensibilização e consciencialização, sendo que inicialmente, a ideia da gravação, não foi bem recebida pela dupla, apesar de imprescindível nas sessões de educação. Muitos cuidadores, referiam que consideravam que estavam a agir corretamente, até serem confrontados, tornando-os mais conscientes das suas atitudes. O processo de autoscopia permite confrontação que, por sua vez, potencia a alteração de comportamentos (Fernandes, 2004; Ferraz, 2022).

Embora a evidência científica realce a importância destes treinos aos cuidadores informais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, tanto dos cuidadores como da pessoa afásica, não existe um grande leque de evidência que explique as intervenções necessárias para o mesmo.

Nos estudos de Wielert e dos colaboradores (2017) e de Wielert e colaboradores (2018), é abordado o projeto PACT (*Partners of Aphasic Clients Conversation Training*) e os efeitos positivos que tem na formação dos cuidadores informais, mas não enumera as estratégias adaptativas da comunicação como elementos facilitadores. Os estudos encontrados nesse sentido, não referem a capacitação do cuidador.

Desta forma, não é possível a replicação do projeto, por não haver essa transparência de conteúdo. Sabe-se que os projetos de investigação são a ponte para a progressão e até para o desenvolvimento de novos produtos, em diferentes áreas, com vista à inovação (Fialho, 2013).

No entanto, estamos perante uma barreira para a criação de novos conteúdos, visto que, embora o projeto PACT esteja estruturado, não é público, tornando o estudo limitador no

sentido de fornecer novas estratégias e ser replicado por outros profissionais, noutras instituições.

No primeiro estudo, é utilizada uma “formação em cascata”, ou seja, são formados os mediadores de conhecimento, para posterior formação dos cuidadores informais, o que exige tempo e capacidade de abranger conhecimento para posterior replicação. Logo, se os mediadores de conhecimento, não apresentarem prática e conhecimento de base, torna-se difícil transmitir uma mensagem ou conhecimento.

Tonet & Paz (2006) afirmam que a transmissão de conhecimento é mais eficaz quanto maior o domínio das habilidades que a fonte de transmissão tiver. Tal acontecimento, pode ter enviesado o estudo realizado, no entanto, os resultados foram positivos.

Este aspeto realça a importância desta formação ser mediada por um EEER, que, para além de conhecer a pessoa, o seu meio, as suas limitações e a sua história clínica, é detentor de conhecimento diferenciado nesta área, tendo aptidão para capacitar os cuidadores informais. Além disso, o EEER, tem um papel central na intervenção junto da equipa multidisciplinar onde está inserido, o que lhe irá permitir envolver todos os elementos em todo o processo, assim como competências na gestão de recursos necessários, potenciando os ganhos em saúde.

No estudo realizado por Rodrigues (2020), é comprovada a importância e eficácia de um processo formativo, estruturado por módulos, para a capacitação dos cuidadores.

Apesar disso, o programa envolvia os cuidadores informais, enquanto a pessoa com afasia se encontrava na terapia de reabilitação intensiva.

Assim, limitou-se à apresentação do conteúdo e a algum treino em sala, sem a presença da pessoa afásica.

Portanto, não foi possível avaliar se os cuidadores estavam a aplicar os conhecimentos de forma correta.

Uma vez que este tipo de formação é estruturada para todos os cuidadores presentes, ela não é específica e direcionada à pessoa na sua individualidade, o que poderá ser um fator inibitório no processo de capacitação, começando pelo tipo de afasia que a pessoa apresente, em que a abordagem não será igual, da mesma forma que, para os recursos a utilizar, os cuidadores ou a pessoa com afasia podem não se identificar com estes meios. Para que haja uma boa adesão e envolvimento no plano de reabilitação, é necessário que este seja concebido com base nos objetivos pessoais de cada pessoa (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio).

Foram aplicados instrumentos de medida, no início e após a intervenção, graças aos quais se refletiu uma melhoria da qualidade de vida, mas não foi realizada uma avaliação no momento do diálogo, para que se pudessem corrigir atitudes.

Estamos perante uma situação que envolve tanto a teoria como a prática, sendo o ideal a conjugação dessas duas dimensões, num programa de treino de capacitação, conforme defendido pelo modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência (Dixe *et al.*, 2020). Este modelo afirma que o processo de capacitação deve incluir o ensino teórico, a observação, a demonstração, a execução e o suporte à informação (guias informativos).

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2019), a capacitação subentende como eixos de ação o ensinar, instruir e treinar, com o objetivo primordial, de promover o desenvolvimento de conhecimento e capacidade. Logo, o conhecimento e capacidade só são adquiridos após estes eixos de ação serem desenvolvidos.

Tal como referido anteriormente, a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, refere que o EEER é competente para capacitar a pessoa e cuidador, e deve ser um elemento facilitador na reinserção social da pessoa com limitações.

- *Estratégias adaptativas de comunicação*

Para que o treino de competências linguísticas do cuidador informal seja eficaz, é necessário dar suporte e dar a conhecer as estratégias adaptativas da comunicação.

A investigadora Godoy (2021), no seu estudo, elaborou um guia informativo de apoio a estes cuidadores, baseando-se no perfil dos mesmos e nas suas necessidades, coadjuvando o seu descritivo com evidência científica. Neste guia, os cuidadores tinham esclarecimentos sobre o AVC, uma equipa multidisciplinar a quem poderiam recorrer, possíveis alterações emocionais e de comportamento para estarem alerta, assim como estratégias a que podiam recorrer, no caso dessas alterações se verificarem ou de sensação de *stress* e sobrecarga.

Conforme mencionado em cima, para um modelo de capacitação eficaz, é fundamental fornecer suporte de informação, que, em caso de dúvida, deve ser disponibilizada para que o cuidador consiga facilmente ter acesso e esclarecer eventuais dúvidas (Dixe *et al.*, 2020).

O autor Stipinovich e os seus colaboradores (2023) realizaram uma pesquisa bibliográfica que lhes permitiu enumerar as estratégias de comunicação a serem implementadas para uma comunicação eficaz, principalmente no processo de tomada de decisão. Essas estratégias devem ser aplicadas para receber e transmitir informação à pessoa com afasia.

Desta forma, para uma comunicação eficaz é necessário que haja transmissão de informação e de ideias, iniciada pelo emissor e dirigida ao recetor, em que o último terá de descodificar a mensagem e dar *feedback* ao primeiro (Coelho, 2020).

Neste estudo, os autores categorizaram as estratégias conforme os objetivos pretendidos, no processo de tomada de decisão. Referem que existem estratégias que devem ser implementadas em qualquer fase do processo, como reconhecer a pessoa com afasia como um ser competente com sentimentos e opiniões, permitindo assim o seu envolvimento, sem a infantilizar, assim como a importância da gestão do ambiente físico e de garantir que a pessoa com afasia está atenta ao diálogo. O mesmo é corroborado pelo IPA (2021) e por Jesus *et al.* (2023).

Relativamente às estratégias a serem implementadas pelos cuidadores informais, para transmitir informação à pessoa afásica, estas vão ao encontro do referido no estudo de Wielart *et al.* (2017), ao do IPA (2021) e ao de Jesus *et al.* 2023, como por exemplo, utilizar uma linguagem simples e clara; utilizar recursos para complementar a fala; como a escrita de palavras-chave, desenhos, gráficos ou gestos; fazer pausas no discurso; repetir a informação de várias maneiras; garantir que a mensagem está a ser recebida pela pessoa afásica; incentivar a questionar e priorizar a informação. Medidas essas que também podem ser implementadas para receber informação da pessoa afásica, acrescentado o *feedback*, para garantir que a mensagem foi compreendida.

No entanto, outros artigos defendem o uso da tecnologia como um recurso à comunicação e como um elemento facilitador para o processo de recuperação independentemente da gravidade da afasia. A conjugação da tecnologia com a terapia convencional, pode ser utilizada na fase aguda e na crónica (Frade *et al.*, 2022; Instituto Português da Afasia [IPA], 2020).

A Ordem dos Enfermeiros, defende que o EEER é capaz de desenvolver “intervenções técnicas e tecnológicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas” (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio p. 13567).

O EEER inicia o seu plano de reabilitação à pessoa com afasia, logo na fase aguda do AVC, com vista ao aumento de ganhos em saúde e à diminuição de complicações associadas, conforme é incutido na literatura (Nunes, 2021). Desse plano de reabilitação fazem parte os ensinamentos sobre a doença e as suas complicações, tanto à pessoa como aos cuidadores ou família (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio). Logo, o processo de capacitação deve iniciar-se o mais brevemente possível, no sentido de desmitificar a doença e treinar os cuidadores, preparando a alta para domicílio. Estando o EEER centrado na equipa multidisciplinar e mais presente desde o início do internamento, é o profissional capaz de dar

a conhecer aos cuidadores as estratégias adaptativas de comunicação mais adequadas a cada dupla e a treiná-los para uma comunicação eficaz, o mais precocemente possível.

Foi possível constatar algumas limitações ao longo deste trabalho científico que podem ter condicionado os resultados apresentados, nomeadamente a quantidade reduzida de estudos publicados que abrangessem o treino de cuidadores informais e que fizessem referência às intervenções implementadas para a sua capacitação.

De facto, existe bastante literatura referente à pessoa com afasia, ou aos cuidadores, mas de forma independente.

Assim, e, face ao exposto, considera-se que esta *scoping review* pode constituir um suporte para futuras investigações, relativamente ao processo de capacitação do cuidador informal na comunicação com a pessoa com afasia. Isto porque, a ausência de estudos de investigação com intervenções descritas a esta população, com a devida avaliação do seu impacto, permite concluir a necessidade do desenvolvimento de estudos de investigação futuros, nesta área da enfermagem de reabilitação, onde podem ser testadas e avaliadas diferentes intervenções por forma a capacitar os cuidadores da pessoa com afasia, vítimas de AVC.

8. Conclusão

Foi possível constatar que um programa de ensino aos cuidadores informais é fundamental e imprescindível na vida destes e das pessoas com afasia, potenciando a qualidade de vida de ambos. A qualidade de vida dos cuidadores se estiver afetada, certamente o seu empenho será afetado e provocará um efeito negativo na reabilitação da pessoa com afasia.

Nem todos os artigos fazem referência às estratégias de comunicação mais adequadas para utilizar com pessoas com afasia, mas dão ênfase à necessidade do treino de capacitação. Portanto, as intervenções para promover a capacitação do cuidador informal só farão sentido se conjugadas com as estratégias adaptativas de comunicação. Ao fornecer estas estratégias, através do treino do cuidador informal, é possível alcançar a sua mestria.

As intervenções baseiam-se no treino de competências linguísticas do cuidador informal que pode ser realizado através de estudos de caso, ou seja, com a gravação de vídeos realizados pela dupla, aumentando assim a sua sensibilização e consciencialização, ou através de um processo formativo, estruturado por módulos. Importa referir que o treino ideal seria a conjugação destes dois tipos de intervenções.

No entanto, para que o treino de competências linguísticas do cuidador informal seja eficaz, é necessário dar suporte e dar a conhecer as estratégias adaptativas da comunicação.

O papel do EEER é fundamental neste processo de capacitação. Esta afirmação prende-se com o facto deste especialista ter a capacidade de envolver a pessoa e cuidadores no processo de reabilitação e deve-se ao seu conhecimento diferenciado e avançado na área, mais ainda, pela sua competência em capacitar a pessoa e cuidadores. Além disso, o EEER tem um papel central na equipa onde está inserido, o que lhe irá permitir obter o apoio multidisciplinar em todo o processo.

Com o aumento de casos de afasia, consequência direta do incremento de número de casos de AVC, salienta-se a importância de projetos de intervenção de capacitação do cuidador, de forma a diminuir a sobrecarga sentida por eles e a diminuir o número de altas adiadas por sentimento de impotência por parte dos cuidadores. Estes treinos devem ser realizados o mais brevemente possível, com início no hospital, com o objetivo de desmistificar a afasia e dar início à recuperação e reabilitação.

Foi possível constatar algumas limitações ao longo deste trabalho científico, especialmente a quantidade reduzida de estudos publicados que abrangessem o treino de cuidadores informais e que fizessem referência às estratégias adaptativas da comunicação.

De facto, existe bastante literatura referente à pessoa com afasia, ou aos cuidadores, mas de forma independente, e não abrangendo os dois temas em simultâneo.

Assim, considera-se que esta *scoping review*, pode constituir um suporte fundamental para a implementação e justificação da importância do projeto de melhoria, a ser brevemente implementado numa unidade de AVC, de uma Unidade Local de Saúde, do norte do país, por EEER. Com o objetivo de uma publicação do estudo, e de providenciar a valorização da especialidade e as suas competências, mostrando os ganhos em saúde adquiridos pelos planos de reabilitação específicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este longo percurso permitiu-nos o desenvolver de competências de enfermagem avançada, tanto a nível teórico, como prático, tendo como principal objetivo a excelência na prestação de cuidados, alicerçada numa prática baseada na evidência.

A rotatividade de patologias e pessoas, a especificidade e a variedade de locais de estágio, tornaram esta jornada mais enriquecedora e fundamental para a construção de competências na enfermagem de reabilitação.

Por outro lado, permitiu-nos conciliar a teoria com a prática, o desenvolvimento de novas técnicas e conhecimentos e possibilitou-nos, também, momentos de partilha mútua de conhecimentos entre as equipas.

O processo de investigação é crucial na prática do EEER, assim como a atualização de conhecimentos científicos, pela autonomia que tem na prática clínica.

Todo este processo de investigação, desenvolvido neste semestre, para a obtenção de competências de grau de mestre, foi bastante trabalhoso, desafiante e exigiu um grande investimento de tempo e estudo.

Foi desenvolvida uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica, identificando as intervenções, que podem ser realizadas pelos EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa com afasia. Este trabalho de investigação, permitiu-nos concluir que um programa de ensino aos cuidadores informais é fundamental e imprescindível na sua vida e das pessoas com afasia, potenciando a qualidade de vida de ambos, diminuindo sentimentos como ansiedade e *stress* ou de infantilização da pessoa afásica.

O programa de ensino deve conjugar intervenções para promover a capacitação, com as estratégias adaptativas da comunicação, estratégias que permitirão o alcance da mestria por parte do cuidador informal, através do treino.

Tal como outros trabalhos, este também teve limitações, contudo esta *scoping review*, pode doravante constituir um apoio para futuras investigações, sendo um suporte fundamental para a implementação e justificação da importância de um projeto de melhoria, a ser brevemente implementado numa unidade de AVC, de uma Unidade Local de Saúde, do norte do País.

A realização deste projeto permitiu-nos aliar os conhecimentos práticos com a componente de investigação e contribuiu para o desenvolvimento da prática baseada na evidência na enfermagem de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, S. C. F. (2019). *O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Cernadas, R. (2021). AVC em Portugal: um combate a não perder. *Revista informativa da Sociedade Portuguesa do acidente vascular cerebral*, 7(18), 31. https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/STROKE_N17_v4_site.pdf
- Chagas, K. V. B. L., Correia, R. A., Farinha, P. R. G., Rocha, T. S., Nascimento, G. C., Souza, B. P., Cleyson, J., Alves, B., Oliveira, L. M. C. C. S., Romanini, R. F., Silva, B. C. S., Lima, M. V. C., & Vicente, M. L. O. (2024). A importância da equipe multidisciplinar na reabilitação de pacientes críticos: avaliando a colaboração entre profissionais de saúde na reabilitação de pacientes de UTI. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 174-183. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v6n1p174-183>
- Coelho, N. (2020). *Comunicação Assertiva*. (1ª ed). CEFOSPE. https://www.cefospe.pe.gov.br/images/media/1665419549_Apostila%20Comunicacao%20Assertiva.pdf
- Correia, N., Mendes, L., Areias, S., Pereira, M. Q. V., & Bernardes, R. (2022). (Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 69-79. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.203>
- Couto, P.B., Neves, V. de C.R., & Barreto, S. dos S. (2020). Frequência de afasia e perfil de usuários em hospital público municipal de referência. *Audiology - Communication Research*, 25, 2288. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2288>
- Decreto-Lei n.º 161/2015 de 4 de setembro (2015). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto (2022). Presidência do conselho de ministros. Decreto-Lei n.º 52/2022. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Despacho normativo n.º 9390/2021 do Diário da República (2021). Diário da República: II série, nº 187. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- DGS. (2019). *Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários*. Direção Geral da Saúde, Orientação n.º 014/2019, de 07/08/2019
- Dixe, M. A. C. R., Soares, E. M., Martinho, R. F. G., Rijo, R. P. C. L., Caroço, J. E. F., Gomes, N. M. M., & Querido, A. I. F. (2020). *Modelo de capacitação do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência*. (1ª ed). Grácio Editor.

- https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4657/1/MODELO_DE_CAPACITA_ebook%20-%2010-2-20.pdf
- Dixe, M.A.C.R., & Querido, A.I.F. (2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20013. <https://doi.org/10.12707/RV20013>
- Donati, G.C.F., Freitas, M.I.D., Silagi, M.L., Pereira, A.C.M.M, & Lamônica, D.A.C. (2020). Conversando sobre afasia: guia familiar. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/conversando-sobre-afasia-guia-familiar-sbfa.pdf>
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M., & Dequeira, C. (2022). Prática Baseada na Evidência. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp. 15-50). LIDEL
- Fernandes, S. D. S. (2004). *Vídeo – Formação: Uma Experiência de Videoscopia com Professores Estagiários*. [Tese de Mestrado não publicada]. Universidade do Minho
- Ferraz, R. C. S. N. (2022). A autoscopia na investigação em educação: compreensão teórico-metodológica de uma observação reflexiva. *Revista Momento*, 31(3), 140-160. <https://doi.org/10.14295/momento.v31i03.14279>
- Ferreira, M. S. (2022). O respeito pela autonomia e o consentimento informado na Investigação com seres humanos. *RJLB*, 8(2), 1237-1272. <http://hdl.handle.net/10400.26/41776>
- Fialho, J. R. S. (2013). *Avaliação de projetos de investigação e desenvolvimento na área de telecomunicações*. [Dissertação de Doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Frade, A. I., Pinto, V. M., & Espiney, L. (2022). O valor das estratégias aumentativas e alternativas de comunicação para os adultos com afasia de Broca: uma revisão narrativa da literatura. *Cadernos de Saúde*, 14(1), 12-20. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.11483>
- Fridriksson, J., Fillmore, P., Guo, D., & Rorden, C. (2015). Chronic Broca's Aphasia Is Caused by Damage to Broca's and Wernicke's Areas. *Cerebral Cortex*, 25(12), 4689–4696. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhu152>
- Godoy, M. R. B. (2021). *Cuidando de quem cuida: elaboração de uma cartilha de orientações para os cuidadores familiares de pacientes pós-AVC?* [Tese de Doutoramento não publicada]. Faculdade de Odontologia de Bauru
- González, F., Lavados, P., & Olavarría, V. (2017). Incidencia poblacional, características epidemiológicas y desenlace funcional de pacientes con ataque cerebrovascular isquémico y afasia. *Revista Médica de Chile*, 145(2), 194–200. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000200007>
- ICN. (2019). International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- INE. (2023). Portal do Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Instituto da Segurança Social. (2024). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. (1ed). <https://www.seg-social.pt/documents/10152/17083135/8004->

Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/2efee047-c9ba-49c8-95f2-6df862c4b2c5

- IPA. (2020). Instituto Português da Afasia. <https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/02/5-Tecnologias-de-apoio-a%CC%80-comunicac%CC%A7a%CC%83o-na-afasia.pdf>
- IPA. (2021). Instituto Português da Afasia. https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/11/7-Estrate%CC%81gias-de-comunicac%CC%A7a%CC%83o_.pdf
- Jesus, M, J. O., Tonocchi, R., Massi, G., Guarinello, A.C., Silva, C.V.A.C., Natal, R.M.P., Corrêa, C.C., Berberian, A.P. (2023). Sobrecarga em Cuidadores de Sujeitos com Afasia em Atendimento Fonoaudiológico. *Revista Contexto & Saúde*, 23(47), 13695. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13695>
- Kaur, H., Nehra, A., Chopra, S., Sati, H., Bhatia, R., Kumaran, S.S., Pandey, R.M., & Padma S.M.V (2020). Development and Validation of a Comprehensive Neuropsychological and Language Rehabilitation for Stroke Survivors. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 23(2), 116-122. https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_500_20
- Martins, A. R. S., Ribeiro, O. M., Padilha, J. M., Martins, M. M., Vieira, M. S. M., & Fernandes, C. S. (2023). Estrutura da qualidade dos cuidados nas unidades de Medicina física e reabilitação: percepção dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), 316. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.318>
- Martins, I. P. (2013). Funções Cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia fundamental: princípios, diagnósticos e tratamento*. (pp. 1-9). LIDEL.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Moleta, F., Guarinello, A. C., Berberian, A. P., & Santana, A. P. (2011). O cuidador familiar no contexto das afasias. *Distúrb Comum*, 23(3), 343-352. <file:///C:/Users/tatia/Ambiente%20de%20Trabalho/9112-Texto%20do%20Artigo-22541-1-10-20120412.pdf>.
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., Carone, M., Celli, B., Engelen, M., Fahy, B., Garvey, C., Goldstein, R., Gosselink, R., Lareau, S., MacIntyre, N., Maltais, F., Morgan, M., O'Donnell, D., Prefault, C., Reardon, J., Rochester, C., Schols, A., Singh, S., & Troosters, T. (2006). American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173, 1390–1413. <https://doi.org/10.1164/rccm.200508-1211ST>
- Nunes, R. (2021). Aposta na reabilitação especializada pós-AVC. *Revista informativa da Sociedade Portuguesa do acidente vascular cerebral*, 7(18), 17. https://spavc.org/wp-content/uploads/2023/11/STROKE_N17_v4_site.pdf
- Oliveira, A. P. D., Cavalcante, A. M. R. Z., Carneiro, C. S., Santos, V. B., Moorhead, S., Lopes, J. L., & Barros, A. L.B. L. (2020) Educação em saúde: efetividade das intervenções em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 20180782. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0782>

- Oliveira, J., Damasceno, K.G., Souza, L.P., & Lima, M.G. (2016). Perfil clínico epidemiológico e os principais rótulos diagnósticos de enfermagem aos pacientes internados com acidente vascular cerebral em um hospital de grande porte na região sul da Amazônia legal. *Revista Amazônia Science & Health*, 4(3), 3–11. <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1106/457>
- OMS. (2021). Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/world-health-day>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros (série I, n.º 10). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*, aprovado na 3ª assembleia do colégio da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação em 26 de janeiro. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). *Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Parecer n.º 03/2023 de 13 de setembro (2023). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros (2023)
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews: 2020 version. In *JBIManual for Evidence Synthesis*.
- Pitt, R., Theodoros, D., Hill, A.J., & Russel, T. (2019). The impact of the telerehabilitation group aphasia intervention and networking programme on communication, participation, and quality of life in people with aphasia. *International journal of speech-language pathology*, 21(5), 513–523. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1488990>

- Portela, M. C. (2000). *Avaliação da qualidade em saúde*. FIOCRUZ. <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>
- Prazeres, V. M. P., Ribeiro, C. D., & Marques, G. F. S. (2021). Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(2), 88-92. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>
- Ramazanu, S., Chisale, M.R.O., Baby, P., Wu, V.X., & Mbakaya, B.C. (2022). Meta-synthesis of family communication patterns during post-stroke vascular aphasia: Evidence to guide practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(4), 282–296. <https://doi.org/10.1111/wvn.12580>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750).
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das Competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II série, n.º 85 (03-05-2019) (13565-13568).
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série (25-09-2019) (128-155).
- Rodrigues, R., & Cardoso, D. (2022). Prática Baseada na Evidência. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp. 227-244). LIDEL
- Rodrigues, T. M. P. R. (2020). *Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na qualidade de vida?* [Tese de Mestrado não publicada]. Faculdade de Odontologia de Bauru
- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A., Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Simmons-Mackie, N. (2018). Communication partner training in aphasia: reflections on communication accommodation theory. *Afasiologia*, 32(10), 1215-1224. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1428282>
- Sousa, L. M. M., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 06-20. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Stipinovich, A. M., Tonsing, K., & Dada, K. T. (2023). Communication strategies to support decision-making by persons with aphasia: A scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(6), 1955-1976. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12925>
- Teles, A. (2016). *A informalidade do cuidar - vivências do cuidador familiar informal no cuidado à pessoa com afasia após um AVC*. [Tese de Mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

- Tonet, H. C., & Paz, M. G. T. (2006). Um Modelo para o Compartilhamento de Conhecimento no Trabalho. *Revista de Administração Contemporânea*, 10(2), 75-94. <https://www.scielo.br/j/rac/a/9TxQfBDscJR6Md9rHqKwKhh/?format=pdf&lang=pt>
- Tuomenoksa, A., Beeke, S., & Klippi, A. (2021). People with non-fluent aphasia initiating actions in everyday conversation with familiar conversation partners: resources for participation. *Afasiologia*, 36(5), 575-598. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1852518>
- Tuomenoksa, A., Beeke, S., & Klippi, A. (2022). Pessoas com afasia e seus familiares propondo atividades futuras conjuntas nas conversas cotidianas: um estudo analítico da conversação. *Jornal Internacional de Distúrbios de Linguagem e Comunicação*, 58(2), 310-325. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12786>
- Vilelas, J. (2017). Do senso comum ao conhecimento científico. In J. Vilelas (Ed.), *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (pp. 21-39). Edições Sílabo
- Wielert, S.M., Berns, P., van de Sandt-Koenderman, M.W.M., Dammers, N., & Sage, K. (2018). ImPACT: a multifaceted implementation for conversation partner training in aphasia in Dutch rehabilitation settings. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 76-89. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1243160>
- Wielert, S.M., Berns, P., van de Sandt-Koenderman, M.W.M., Dammers, N., & Sage, K. (2017). 'Now it is about me having to learn something' Partners' experiences with a Dutch conversation partner training programme (PACT). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 25(2), 143-154. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12248>

APÊNDICES

**APÊNDICE I: FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A CIRURGIA DA
ANCA**

O que NÃO devo fazer?

Cruzar as pernas.

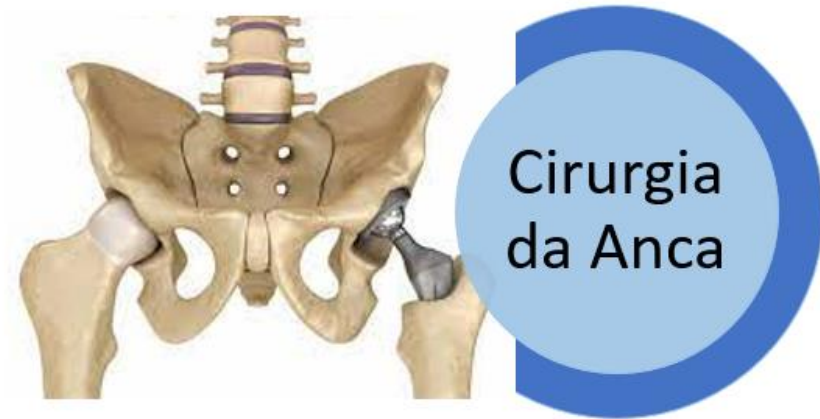
Agachar-me.

Rodar o pé para dentro e para fora.

Dobrar a perna operada **acima do nível da anca.**

Inclinar o tronco para a frente.

Transportar **pesos.**



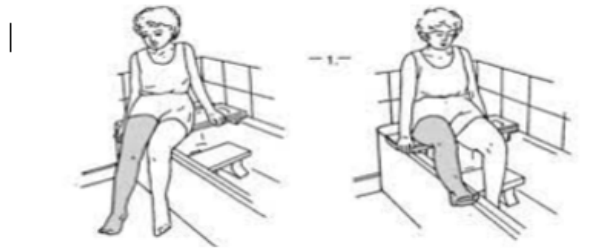
Serviço de Ortopedia

CUIDADOS a ter no dia-a-dia

Na higiene:

Peça **ajuda** para lavar e limpar os pés.

Para **vestir**, comece pelo lado **operado**. Para **despir**, é ao **contrário**.



Para calçar meias/ sapatos, utilize uma calçadeira grande.



No sanitário:

Utilize um alteador de sanita ou uma cadeira-sanita.



CUIDADOS a ter no dia-a-dia

A caminhar:

Primeiro as canadianas/ andarilho, depois a perna operada. Por fim a perna boa.

A subir escadas: primeiro a perna boa, depois a operada. Por fim as canadianas/ andarilho.

A descer escadas: primeiro as canadianas/ andarilho, depois a perna operada e por fim a perna boa.

ATENÇÃO:

Durma com o **triângulo abdutor** no meio das pernas.

Mantenha as pernas afastadas, **NUNCA** junte os joelhos.

Faça os **exercícios** que o enfermeiro de reabilitação lhe ensinou:

- Extensão e flexão do pé;
- Contração dos glúteos e dos quadríceps;
- Flexão da anca e extensão e elevação posterior da perna;
- Mobilização do joelho.



APÊNDICE II: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

A saúde cardiovascular constitui uma preocupação primordial no contexto da epidemiologia a nível mundial (OMS, 2021). A persistência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte no país (32452 óbitos em 2021), continua a ser um desafio contínuo para os sistemas de saúde e a sociedade em geral, conforme evidenciado pelo Instituto Nacional de Estatística (2023). Dentro desse grupo de doenças, é notável a incidência do AVC que se posiciona como a principal causa de mortalidade, registando-se aproximadamente 17,9 milhões de óbitos, em 2019, a nível mundial (OMS, 2021), sendo que em Portugal, o número de óbitos rondou os 9613, em 2021 (INE, 2023).

A complexidade das consequências decorrentes de eventos como AVC não se limita apenas à mortalidade. Os sobreviventes enfrentam, frequentemente, uma variedade de deficiências neurológicas que comprometem significativamente a qualidade de vida. Tais deficiências não se restringem apenas ao âmbito físico, mas estendem-se também ao domínio da linguagem, como a afasia, emergindo como uma preocupação importante (Kauret *al.*, 2020).

Afasia é um distúrbio de linguagem que afeta a capacidade de compreender e expressar, causada por uma lesão no córtex cerebral, mais especificamente na região frontal do hemisfério esquerdo, na maior parte dos casos como consequência de um AVC (Fridriksson *et al.*, 2015). Dados internacionais indicam que a afasia chega a atingir entre 20% a 43% das manifestações numa pessoa após AVC (Couto *et al.*, 2020; González *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2016). Já os estudos nacionais são muito escassos.

A afasia pode-se manifestar de várias formas e as características específicas variam conforme o tipo e a extensão do dano cerebral presente (Martins, 2013).

É importante notar que a afasia pode ser composta em diferentes tipos, como afasia de Broca (motora), afasia de Wernicke (sensitiva), afasia global, entre outros (Martins, 2013). Cada tipo apresenta características específicas, contribuindo para uma gama diversificada de sintomas observados em pessoas com afasia. A afasia pode fazer com que a própria pessoa não se reconheça e sinta dificuldades ao compreender o discurso dos outros ou até mesmo de dizer ou escrever os seus pensamentos, o que limita e prejudica a sua capacidade de comunicar com o mundo ao seu redor (Donatiet *al.*, 2020).

O tipo de afasia e a forma como se evidencia reflete-se na vida quotidiana, não só da pessoa afásica, mas também do seu cuidador informal. A afasia pode impedir ou comprometer a capacidade de participar no planeamento de atividades futuras conjuntas e de aprofundar a conversa nesse âmbito (Tuomenoksa *et al.*, 2022).

O cuidador informal facilita a interação com o meio envolvente (Teles, 2016). A paciência, o apoio emocional e a compreensão do cuidador são elementos chave na construção da resiliência

da pessoa com afasia. O cuidador informal assume-se como um elemento facilitador em contextos sociais, educacionais e de saúde, uma vez que pode participar em consultas médicas, terapias e interações com a comunidade, garantindo que as necessidades específicas da pessoa com afasia sejam reconhecidas e atendidas (Teles, 2016).

Ser cuidador informal requer um esforço contínuo ao nível cognitivo e emocional, provocado pela dependência da pessoa afásica, podendo mesmo levar ao desgaste do cuidador. Torna-se difícil o cuidador informal ter tempo para realizar as suas tarefas pessoais, além disso, estar constantemente com a pessoa afásica, sem conseguir comunicar eficazmente com ela, é um fator gerador de ansiedade, pois o cuidador informal passa a ser o seu suporte (Jesus *et al.*, 2023). Esta ansiedade pode ser provocada por falta de capacitação no processo de cuidar da pessoa com afasia, não realizada pelos enfermeiros (Dixe & Querido, 2020).

A Unidade Local de Saúde onde será aplicado o projeto é uma instituição pública que serve uma população com cerca de 330000 pessoas.

No último ano estiveram internados na unidade de AVC, com este diagnóstico, 498 pessoas, dos quais 45 resultaram em óbitos. Deste número, um grande grupo tinha défice neurológico e, por conseguinte, afasia.

No mesmo serviço, foi possível constatar que os cuidadores sentiam muita dificuldade em comunicar com a pessoa, sendo esta limitação um fator gerador de *stress*, tanto para a pessoa como para os cuidadores, levando ainda ao atraso da alta para domicílio.

Após a realização de um brainstorming entre a equipa, foi possível identificar as causas prováveis que podiam estar na origem do problema referido. Para a sua descrição, foi utilizado um diagrama de *Ishikawa*, também conhecido como Diagrama de Espinha de Peixe ou Diagrama de causa e efeito.



Figura 3 - Diagrama de *Ishikawa*

Este projeto pretende dar resposta ao problema anteriormente referido, através de um programa de ensino aos cuidadores, com o envolvimento da pessoa, de modo a diminuir o *stress* dos mesmos e facilitar a comunicação e a participação ativa no processo de reabilitação, fornecendo estratégias adaptativas através de treino e indo de encontro às necessidades individuais de cada um, com o objetivo de preparar e/ou antecipar a alta.

Posto isto, o objetivo principal deste programa é capacitar os cuidadores a comunicar com a pessoa com afasia e minimizar a falta de conhecimento acerca da afasia como evento secundário ao AVC. Para isso se tornar possível foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Ensinar o cuidador sobre afasia,
- Ensinar o cuidador sobre técnicas adaptativas de comunicação,
- Instruir o cuidador sobre técnicas adaptativas de comunicação,
- Treinar o cuidador sobre técnicas adaptativas de comunicação,
- Diminuir a ansiedade do cuidador e da pessoa na comunicação.

A metodologia utilizada para este projeto teve como referência o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2013), para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o Ciclo PDCA ou de Deming (*Plan; Do; Check; Act/Adjust*), assim como a evidência científica existente.

O presente projeto teve início em maio de 2023 e será brevemente implementado na unidade de AVC.

A intervenção assenta na implementação de um programa de capacitação aos cuidadores da pessoa com afasia no internamento, permitindo, deste modo, colmatar a ausência de

conhecimento nesta área, facilitar a comunicação entre ambos e a adesão ao processo de reabilitação. O tempo definido para o programa de formação será baseado no tempo de internamento da pessoa e o programa geral terá duração de 2 anos.

A amostra será obtida através da avaliação neurológica da pessoa pelo EEER da Unidade de AVC. Para a sua seleção serão definidos os critérios de inclusão:

- Pessoas com afasia, após novo evento vascular (exceto pessoas com afasia global);
- Cuidadores que aceitem as sessões de formação e com disponibilidade;
- Residentes no concelho da Unidade Local de Saúde.

É fundamental estruturar um conjunto de atividades e de indicadores, que permitam quantificar, monitorizar, reavaliar e gerir todo o processo.



Figura 4 - Indicadores

O seguinte fluxograma pretende explicar o plano de ação:

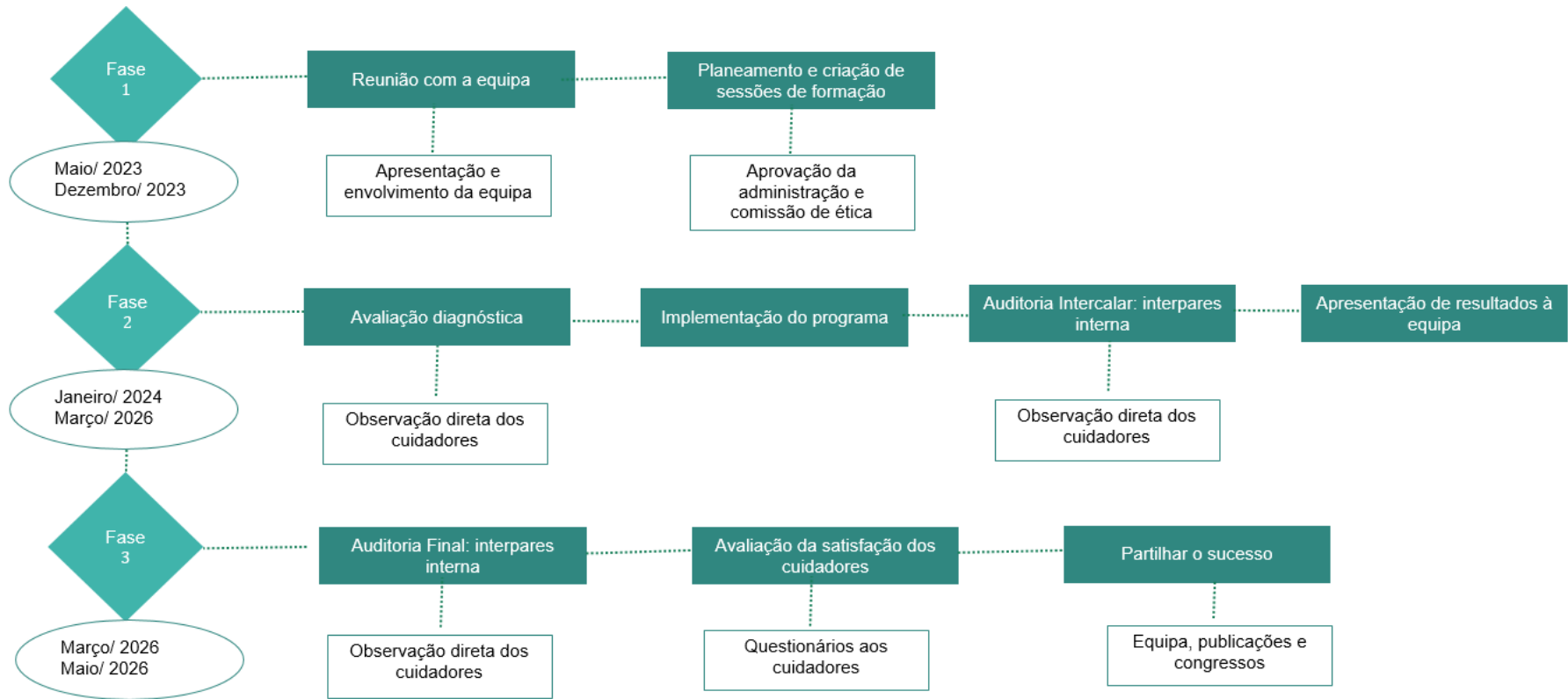


Figura 5 - Fluxograma

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio, o EEER é o profissional competente para capacitar a pessoa e cuidador, devendo assumir o papel de facilitador na reinserção social da pessoa com limitações, promovendo um ambiente seguro. O especialista concebe, implementa e avalia planos de intervenção com recurso a técnicas adaptativas, com o objetivo de promover o autocontrolo no processo de transição de saúde/doença (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio).

O profissional deve ser capaz de dar a conhecer os fatores facilitadores de comunicação, desde saber identificar estratégias adaptativas da comunicação, manutenção de esperança na recuperação, no tempo para se reajustar e no envolvimento da comunidade, dando a conhecer atividades recreativas ou grupos de apoio (Ramazanuet *al.*, 2022).

Torna-se crucial que este profissional seja parte integrante do processo de reabilitação da pessoa.

Com o presente projeto pretende-se a implementação do programa com resultados eficazes, indo de encontro às seguintes metas:

- Abranger no mínimo 10 cuidadores, tendo em conta os recursos disponíveis, bem como a casuística da instituição;
- Garantir 3 sessões por semana, em grupo ou individual, com cerca de 30 minutos por sessão;
- Incluir o cuidador no processo de reabilitação;
- Capacitar o cuidador, para que, na hora da visita e no domicílio, este seja detentor de conhecimento sobre estratégias adaptativas na comunicação;
- Preparar a alta.

Considera-se que os resultados a atingir possam ser ambiciosos, pelo que a qualquer momento o presente projeto pode ser reformulado.

Pretende-se que o projeto possa ser replicado com um maior número de pessoas e noutras instituições, pois este tipo de investimento traduz-se em ganhos para a população e para os profissionais, mas também para o sistema de saúde.

Desta forma pretende-se conceder visibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação, resultando em ganhos em saúde.

APÊNDICE III: TABELAS COMPLEMENTARES DE EXTRAÇÃO DOS DADOS

Estudo 1	<i>ImPACT: a multifaceted implementation for conversation partner training in aphasia in Dutch rehabilitation settings (2016)</i>
Revisores	Tatiana Gomes e Eduardo Soares
Título	<i>ImPACT: a multifaceted implementation for conversation partner training in aphasia in Dutch rehabilitation settings</i>
Autor(es)	Wielert, S., van de Sandt-Koenderman, M. W. M. E., Dammers, N., & Sage, K.
Ano e local onde foi desenvolvido o estudo	2018 - Holanda
Orientação Metodológica	Estudo exploratório e descritivo
Método de colheita de dados	Questionários, notas de reuniões realizadas e planos locais de implementação
Objetivo	Sensibilizar os parceiros da pessoa com afasia para estilos de comunicação mais eficaz e ensinar sobre estratégias adaptativas

Participantes	Equipa ImPACT 10 Instituições (7 de reabilitação e 3 lares com reabilitação) 20 Mediadores de conhecimento (2 em cada centro)
Aspetos éticos	Consentimento informado dos participantes. Estudo aprovado pelo <i>Medical Ethics Committee of Erasmus University Medical Centre</i> .
Análise de dados	Foram definidas questões de investigação: 1) Qual a aceitação do PACT nos 10 centros? 2) Quais os fatores que facilitam a adesão? 3) Quais os obstáculos à adesão? 4) Que elementos de uma abordagem multifacetada contribuíram para a implementação do PACT?

Resultados e conclusões

O projeto durou 24 meses, sendo que o período de implementação nos centros de reabilitação e lares foi de 13 meses.

- Aceitação: 7 centros foram bem-sucedidos; 1 dos centros apresentava pessoas afásicas, predominantemente mais idosas, com perturbações cognitivas e sem companheiro; outro não cumpria o critério de inclusão: “três meses após AVC” e 1 não tinha amostra suficiente.
- Fatores que facilitam a adesão: o PACT enquadrava-se nos protocolos e política do seu centro e foi encarado como um complemento indispensável na reabilitação da pessoa afásica e como um apoio para os cuidadores. A utilização de vídeo fornece informações relevantes que não seriam obtidas a partir de observações clínicas.
- Obstáculos à adesão: gestão do tempo (planeamento, análise dos vídeos); inseguranças financeiras, baixo número de pessoas com afasia; parceiros que não queriam/ podiam participar e haver mais projetos a decorrer ao mesmo tempo do PACT nos centros.
- Elementos que contribuíram para a implementação do PACT: apoio financeiro, fatores relacionados com o projeto acontecer fora do horário de trabalho e a formação dos mediadores de conhecimento.

<p>Notas de contextualização necessárias</p>	<p>Os centros de reabilitação foram selecionados propositadamente como centro de reabilitação de AVC. Os lares incluídos no projeto também são unidades de reabilitação.</p> <p>O estudo permitiu avaliar a experiência dos parceiros ao participar neste programa, assim como os fatores facilitadores e as barreiras à adesão ao programa, essencialmente por parte dos profissionais ou instituições.</p> <p>Dá mais ênfase aos profissionais e programa em si, do que aos parceiros de comunicação.</p> <p>As conversas do dia-a-dia subentendem um comportamento colaborativo, logo a afasia também afeta o parceiro de conversa e, conseqüentemente, o comportamento deste parceiro, pode afetar a participação da pessoa com afasia na conversa. Posto isto, a intervenção do profissional deve abranger a pessoa afásica e o seu parceiro de comunicação.</p> <p>O projeto PACT (<i>Partners of Aphasic Clients Conversation Training</i>) foi adaptado para a prática clínica holandesa, do projeto SPPARC (<i>Supporting Partners and People with Aphasia in Relationships and Conversation</i>), que evidencia que os parceiros melhoram as suas capacidades comunicativas após treino de competências, e que, conseqüentemente, as pessoas afásicas mostram maiores competências linguísticas.</p>
---	--

Tabela 8 – Tabela complementar de extração dos dados do estudo 1

Estudo 2	<i>“Now it is about me having to learn something ...” Partners' experiences with a Dutch conversation partner training programme (PACT) (2017)</i>
Revisores	Tatiana Gomes e Eduardo Soares
Título	<i>“Now it is about me having to learn something ...” Partners' experiences with a Dutch conversation partner training programme (PACT)</i>
Autor(es)	Wielert, S.M., Berns, P., van de Sandt-Koenderman, M.W.M., <i>Dammers, N., & Sage, K.</i>
Ano e local onde foi desenvolvido o estudo	2017 - Holanda
Orientação Metodológica	Estudo exploratório e descritivo - qualitativo
Método de colheita de dados	Entrevistas semi-estruturadas realizadas após a conclusão da formação
Objetivo	Implementar um programa de treino de parceiros na comunicação na prática de reabilitação e explorar a experiência dos parceiros

Participantes	17 parceiros de comunicação e 17 pessoas com afasia
Aspetos éticos	Consentimento informado dos participantes. Estudo aprovado pelo <i>Medical Ethics Committee of Erasmus University Medical Centre</i> .
Análise de dados	As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e depois analisadas de forma qualitativa.

Resultados e conclusões	<p>Foram identificadas 4 categorias na descrição dos parceiros sobre a sua experiência:</p> <p>1) Envolvimento com o PACT</p> <p>A gravação em vídeo não era aceite com entusiasmo, não obstante acharam uma ferramenta útil para o <i>feedback</i>, assim como a aprendizagem experimental. O facto de ser em suas casas, com as suas tarefas do dia-a-dia, aumenta a consciencialização sobre os seus comportamentos comunicativos. Relativamente à duração do projeto, a maioria ficou satisfeita. Referiram também que o momento de aplicabilidade não seria tão benéfico se realizado logo no início do evento. Os parceiros descrevem o projeto como útil e agradável e que o recomendariam a outras pessoas.</p> <p>2) Aprendendo com o PACT</p> <p>Os vídeos tiveram um papel fundamental nesta sensibilização e tomada de consciência. Muitos parceiros referiam que já comunicavam corretamente, até serem confrontados com os seus próprios vídeos. Referiram que estavam a mudar lentamente as suas competências linguísticas, pois exige treino e tempo.</p> <p>Foram relatadas as seguintes intervenções: uso de escrita com palavras-chave; não falar de várias coisas ao mesmo tempo; abordar claramente o assunto; dar tempo para a pessoa afásica expor as suas ideias; não saltar conversas; dar <i>feedback</i> para confirmar se a mensagem estava a ser bem interpretada e não fazer perguntas abertas.</p> <p>3) Refletir sobre comportamento e emoções</p> <p>Os parceiros referiram sentirem-se frustrados quando a conversa emperra. No entanto, nem todas as emoções foram relatadas</p>
--------------------------------	---

	<p>como negativas. A maioria dos parceiros afirmou ter-se tornado mais paciente e ter melhorado a forma de comunicar com a pessoa afásica. Referiram, também, a importância de se manter com uma atitude positiva e com humor.</p> <p>4) Experiência com o terapeuta</p> <p>Relataram que a experiência com o terapeuta era crucial para melhorar as competências linguísticas. Apenas 1 parceiro referiu ter tido apoio de um terapeuta após alta da esposa. Mais ninguém se lembrava de ter tido ensinamentos acerca de uma comunicação eficaz com a pessoa afásica.</p>
<p>Notas de contextualização necessárias</p>	<p>Este estudo foi realizado baseado no projeto PACT, na prática de reabilitação holandesa.</p> <p>Neste projeto, o foco é o parceiro de comunicação e parte da premissa de que, ao trabalharem desta forma, contribuem para melhorar a participação da pessoa afásica.</p> <p>O uso da aprendizagem experimental, com recurso a <i>vídeo-feedback</i> e instruções práticas, com base em ambientes próprios de cada casal, contribuiu para melhorar a compreensão, consciencialização e adesão ao projeto. Como consequência, permitiu mudar estilos de conversação.</p>

Tabela 9 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 2

Estudo 3	Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na qualidade de vida? (2020)
Revisores	Tatiana Gomes e Eduardo Soares
Título	Treinamento de habilidades sociais em cuidadores de indivíduos com afasia: efeitos na qualidade de vida?
Autor(es)	Rodrigues, T
Ano e local onde foi desenvolvido o estudo	2020 – São Paulo
Orientação Metodológica	Estudo exploratório – quantitativo
Método de colheita de dados	Preenchimento de instrumentos de avaliação
Objetivo	Verificar os efeitos de um programa de treino de habilidades sociais, num grupo para cuidadores e o seu impacto na qualidade de vida dos cuidadores e dos indivíduos com afasia
Participantes	16 pessoas com afasia e 16 cuidadores

<p>Aspetos éticos</p>	<p>Consentimento informado dos participantes.</p> <p>Estudo aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.</p>
<p>Análise de dados</p>	<p>Os procedimentos foram organizados em etapas e módulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • etapa 1: avaliação pré-intervenção e contrato; • etapa 2: seleção das habilidades sociais e estabelecimentos de objetivos para o programa; • etapa 3: programa de intervenção e treino, com 4 módulos: psicoeducação, habilidades sociais de expressividade e emocional, habilidades de comunicação assertiva e busca por formação; • etapa 4: avaliação pós-intervenção. <p>Nas etapas 1 e 4, foram avaliados, através de instrumentos validados, as habilidades sociais, qualidade de vida do cuidador e idoso cuidado e o grau de dependência. Posteriormente, os dados foram comparados, com o pré-intervenção e pós-intervenção.</p>

Resultados e conclusões	<p>Participaram no programa 16 cuidadores e foram realizadas 14 sessões com 1h30 de duração.</p> <p>Na etapa 2, os dados da primeira etapa permitiram identificar as dificuldades e os recursos específicos dos cuidadores e da pessoa afásica, possibilitando estabelecer os objetivos específicos.</p> <p>Na etapa 3, foi realizado o treino de habilidades, dividido por módulos.</p> <p>No primeiro, é realizada uma sensibilização dos cuidadores e abordado o tema de afasia.</p> <p>No módulo 2, foram abordadas as habilidades de reconhecer e exprimir emoções e sentimentos, no contexto de cuidar, de empatia e de autocontrolo.</p> <p>No módulo 3, procurou-se compreender os direitos e deveres, treinar possíveis interações difíceis (como concordar e discordar, fazer pedidos, entre outros), mudança de comportamentos e de negociar interesses.</p> <p>No módulo 4, foi abordado a procura de informações relevantes para os cuidados com a afasia.</p> <p>A média de idades dos cuidadores foi de 51 anos, maioritariamente mulheres. Pouco mais que metade dos participantes tinha o ensino superior completo. Já das pessoas com afasia, havia mais homens que mulheres e a média de idade é semelhante.</p> <p>Houve diferença estatisticamente significativa, no pré e pós-intervenção, referente à expressividade afetiva, comunicação assertiva e na busca de informação. O mesmo aconteceu na escala de avaliação da qualidade de vida, no fator psicológico. Relativamente</p>
--------------------------------	---

	<p>aos fatores físico, relações sociais e meio ambiente houve uma melhoria, mas não considerada estatisticamente significativa.</p> <p>Na escala de avaliação de qualidade de vida para doenças cerebrovasculares, o fator humor apresentou uma melhoria considerável e os restantes fatores avaliados também melhoraram.</p> <p>Foi de igual modo possível mostrar melhorias na dependência das pessoas com afasia.</p>
<p>Notas de contextualização necessárias</p>	<p>Foram utilizados vários instrumentos de medida, para além dos necessários, para caracterizar a amostra. Estes foram igualmente utilizados para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores e das pessoas afásicas e para avaliar o grau de dependência e de independência das pessoas afásicas, para realizar as AVD's.</p> <p>As pessoas com afasia frequentavam terapia da fala intensiva, ao mesmo tempo que este programa estava a ser implementado (segunda a sexta-feira, com duração de 2 horas, durante 3 semanas), o que pôde influenciar o resultado final.</p>

Tabela 10 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 3

Estudo 4	Cuidando de quem cuida: elaboração de uma cartilha de orientações para os cuidadores familiares de pacientes pós-AVC (2020)
Revisores	Tatiana Gomes e Eduardo Soares
Título	Cuidando de quem cuida: elaboração de uma cartilha de orientações para os cuidadores familiares de pacientes pós-AVC
Autor(es)	Godoy, M.
Ano e local onde foi desenvolvido o estudo	2021 – São Paulo
Orientação Metodológica	Estudo exploratório e revisão de literatura
Método de colheita de dados	Questionários e revisão da literatura
Objetivo	Elaborar um guia informativo para familiares de pessoas com afasia após-AVC, com base no perfil dos participantes
Participantes	12 pessoas com afasia e 12 cuidadores

Aspetos éticos	<p>Consentimento informado dos participantes.</p> <p>Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.</p>
Análise de dados	<p>Através de instrumentos validados para caracterização socioeconómica, avaliação da sobrecarga do cuidador informal (com 2 escalas) e avaliação do <i>stress</i> do cuidador.</p> <p>Foi utilizado o programa SPSS para os procedimentos estatísticos.</p>
Resultados e conclusões	<p>Numa primeira fase, foi realizada uma revisão da literatura em base de dados científicas e a aplicação dos instrumentos de avaliação para adaptar o produto final às características das pessoas em questão.</p> <p>A média de idades dos participantes foi de 54 anos e com igualdade de género. Da amostra, 41.7% possuíam algum tipo de dependência para executar tarefas. Relativamente ao <i>stress</i>, 41.7% apresentaram <i>stress</i> parcial e apenas 8.3% apresentou <i>stress</i>. Foi possível verificar que existe uma sobrecarga financeira, emocional e com implicações na vida pessoal. Apenas 9.2% espelha a satisfação com o papel de cuidador.</p> <p>Com base nos dados recolhidos, foi realizado um guia informativo, fornecido aos cuidadores, que abrangia os seguintes temas: orientações sobre o AVC, equipa multidisciplinar, alterações emocionais e de comportamento, <i>stress</i> e sobrecarga do cuidador e estratégias para enfrentar esta condição patológica.</p>

Notas de contextualização necessárias	O guia informativo é direcionado aos cuidadores, com algumas sugestões e apoios, mas não refere quais as estratégias a implementar para uma comunicação eficaz. Contudo, é bastante útil numa fase mais inicial de esclarecimento e apoio.
--	--

Tabela 11 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 4

Estudo 5	<i>Communication strategies to support decision-making by persons with aphasia: A scoping review (2023)</i>
Revisores	Tatiana Gomes e Eduardo Soares
Título	<i>Communication strategies to support decision-making by persons with aphasia: A scoping review</i>
Autor(es)	<i>Stipinovich, A. M., Tonsing, K., Dada, K. T.</i>
Ano e local onde foi desenvolvido o estudo	2023 - África
Orientação Metodológica	Estudo de revisão
Método de colheita de dados	Pesquisa bibliográfica
Objetivo	Identificar os tipos de decisões para as quais as pessoas com afasia após-AVC recebem apoio, os parceiros de comunicação envolvidos no apoio à tomada de decisões e as estratégias de comunicação implementadas para apoiar a tomada de decisões destas pessoas.
Participantes	--

Aspetos éticos	--
Análise de dados	<p>A extração de dados foi realizada no Microsoft Excel 2016 e pretende dar resposta às seguintes questões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) quais os tipos de decisões para as quais as pessoas com afasia recebem apoio? 2) quais os parceiros de comunicação envolvidos no apoio à tomada de decisão? 3) quais as estratégias de comunicação implementadas para apoio no processo de tomada de decisão?
Resultados e conclusões	<p>Foram incluídos 16 artigos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tipos de decisões para as quais as pessoas com afasia recebem apoio: Na maioria dos artigos, o processo de tomada de decisão era relativo às condições de vida, às decisões financeiras e a cuidados médicos. 2) Parceiros de comunicação envolvidos no apoio à tomada de decisão: Dois dos artigos referem que eram os amigos que se envolviam no processo de tomada de decisão; num era o advogado; nos restantes eram a família ou profissionais de saúde. 3) Estratégias de comunicação implementadas para apoio no processo de tomada de decisão:

As estratégias de comunicação foram agrupadas de acordo com os componentes do processo de tomada de decisão.

- Para serem implementadas ao longo de todo o processo de tomada de decisão: gerir o ambiente físico e o tempo; reconhecer competências na pessoa afásica e permitir o seu envolvimento; usar sinais de alerta para captar a atenção da pessoa e certificar que esta está a ver e a ouvir.
- Para serem implementadas pelos parceiros de comunicação, para transmitir informação verbal: o uso de linguagem simples; transmitir informações de vários modos; repetir informações ou reformular; fazer pausas; não omitir informação importante; apresentar informações relevantes e em forma de hierarquia e dar exemplos.
- Para serem implementadas pelos parceiros de comunicação, para transmitir informação escrita: escrever com letra legível e de tamanho grande; usar imagens ou símbolos; repetir informações; usar linguagem simples; separar as informações com marcadores; adaptar documentos de consentimento informado à pessoa com afasia; fornecer resumos e apresentar uma ideia principal por frase. Para verificar se a pessoa afásica compreendeu as informações que lhe foram apresentadas: fazer perguntas de sim ou não; observar a linguagem corporal; fazer perguntas; convidar a pessoa a questionar; fazer com que a pessoa participe em tarefas de classificação de imagens e que escolha alternativas; pedir para parafrasear o que foi transmitido; verificar se compreendeu com duas formas diferentes e fornecer feedback verbal corrigido.
- Para verificar se a informação transmitida pela pessoa com afasia foi compreendida: utilizar os recursos já referidos anteriormente.
- Para apoiar a pessoa com afasia na ponderação de informações e no raciocínio sobre opções: incentivar a pessoa com afasia a fazer perguntas; utilizar gráficos de apoio à decisão ou representações visuais; apresentar apenas informações relevantes e recorrer a palavras-chave.

	<ul style="list-style-type: none"> • Para apoiar a expressão de escolha da pessoa com afasia: fornecer imagens e material de escrita para a pessoa conseguir identificar; utilizar linguagem corporal e incentivar a pessoa com afasia a fazê-lo e perguntar diretamente a sua opinião com recurso aos métodos anteriores, para que consiga responder. • Para apoiar a pessoa afásica na ponderação de informações e no raciocínio sobre opções, no caso do consentimento informado: distinguir claramente entre tratamento e pesquisa; utilizar gráficos de apoio à decisão; apresentar apenas informações relevantes; usar palavras-chave e anotá-las; incentivar o uso de todas as modalidades como gestos, escrever, apontar e desenhar; dar opções fixas para a pessoa apontar em resposta a perguntas abertas e recorrer às estratégias já ditas anteriormente.
<p>Notas de contextualização necessárias</p>	<p>As decisões da pessoa afásica, podem ser melhoradas com parceiros de comunicação treinados.</p> <p>O artigo encontra-se estruturado por tópicos bastante interessantes, abordando as estratégias para apoiar a pessoa com afasia: no processo de tomada de decisão; a transmitir informação verbal e escrita; a verificar se compreendeu as informações apresentadas; na ponderação de informações e no raciocínio sobre opções; na expressão de escolha e a perceber se as informações foram corretamente compreendidas.</p> <p>O artigo fornece estratégias bastante úteis e ricas em prática baseada na evidência, para implementar em sessões educacionais aos cuidadores informais.</p>

Tabela 12 - Tabela complementar de extração dos dados do estudo 5