



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

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa  
com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular  
Cerebral Inserida na Comunidade**

**Vera Lúcia Tavares Santos**

---

**Lisboa  
2021**



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

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa  
com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular  
Cerebral Inserida na Comunidade**

**Vera Lúcia Tavares Santos**



Orientador: Professora Doutora Maria de Fátima Marques



**Lisboa  
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*O mais importante na comunicação é ouvir o que não foi dito.*

(Peter Drucker)

## AGRADECIMENTOS

- À Sr<sup>a</sup> Professora Doutora Maria Fátima Marques, por toda a disponibilidade, por todo o apoio e paciência. Pelo incentivo e pelas palavras animadoras nos momentos em que elas tanto fizeram sentido. Por me ter orientado e ajudado no meu crescimento;

- Aos enfermeiros orientadores, as enfermeiras chefes dos serviços e restantes equipas por me receberem e proporcionarem momentos de aprendizagem e partilha;

- Ao Hospital onde trabalho, à equipa onde estou inserida, desde o enfermeiro chefe que sempre me incentivou, me deu palavras de apoio e me permitiu alterações de horário para conciliar o trabalho com a escola e o estágio. À restante equipa de enfermagem que se mostrou colaborante nas trocas e se mostraram disponíveis para qualquer ajuda. A toda a equipa em geral pelas palavras e demonstrações de incentivo e por compreenderem o meu cansaço, por me ajudarem a crescer com todos eles;

- À minha família que de longe sempre me deu conforto, percebeu a minha ausência e nunca cobrou. Que tantas vezes me deram as palavras que eu precisava para não me sentir culpada de lhes estar a tirar o tempo a que a eles devia ser reservado. Por me terem proporcionado tudo o que tenho e por fazerem de mim a pessoa que sou;

- Ao meu namorado, por ser companheiro de vida, que suportou os meus momentos de angústia, de desespero, que suportou uma relação e uma casa e adiou projetos de vida em comum pela falta de tempo que tinha. Por toda a paciência e dedicação, por todo o amor e pelo suporte, pelo esforço em prol do meu objetivo. Também à sua família pela minha ausência e por vezes também a ausência dele, para ele me dar o suporte que eu precisava. Pelo apoio e pela compreensão;

- À Inês, minha amiga e minha companheira de aventuras, por ter abraçado este percurso comigo e ter caminhado ao meu lado, pelas palavras de incentivo e de apoio. Por estar presente em todos os momentos e nunca me deixar desistir. Pela amizade, por todos os momentos de partilha e pela dedicação;

- A todos os meus amigos, que muitas vezes foram deixados para trás em compromissos porque o tempo não estica;

- A Deus e aos meus avôs que estão junto dele, porque sei que onde estão continuam a transmitir a força que preciso para continuar em frente.

## **LISTA DE SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS- Direção-Geral da Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral é considerado como uma das principais causas de morte a nível nacional e mundial, apesar de ter existido uma melhoria nos últimos anos. Dos sobreviventes, a maioria manifesta sequelas que variam conforme a área cerebral afetada. Mais de metade das pessoas que sofreram AVC apresentam distúrbios na comunicação, o que condiciona a sua vida pessoal, familiar e social.

A comunicação é uma ferramenta essencial para o estabelecimento de relações humanas e, por isso, é essencial para os profissionais de saúde que se encontram em constante interação entre si e com as pessoas a quem prestam cuidados e suas famílias. Porém, grande parte dos enfermeiros refere dificuldades em compreender e interagir com pessoas com alteração da comunicação.

Para colmatar essas dificuldades, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação foi desenvolvido um projeto cuja temática tem como foco a intervenção especializada do EEER na pessoa com alteração da comunicação resultante de AVC. Nesse projeto foram delineados objetivos a desenvolver durante o estágio.

Este relatório pretende realizar uma reflexão crítica acerca desses objetivos e das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEER desenvolvidas ao longo do estágio, mobilizando conhecimentos científicos e aplicando o modelo teórico de Imogene King.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Adulto; AVC; Comunicação; Linguagem.

## **ABSTRACT**

Stroke, or cerebrovascular accident, is considered to be one of the leading causes of death nationally and globally, although there has been an improvement in recent years. Most of the people who survive manifest sequels that may vary according to the affected area in the brain. More than half of the people who have suffered from a stroke experience communication disorders, which affect their personal and social lives and also family relationships.

Communication is an essential tool for establishing human relationships and therefore is essential for healthcare professionals, who are in constant interaction with the patients to whom they provide care and, of course, their respective families. However, most nurses report difficulties in understanding and interacting with people with altered communication.

To overcome these difficulties, within the framework of the Master Degree in Nursing specialized in the area of Rehabilitation Nursing, a project was developed in which the major focus was the specialized intervention of the Rehabilitation Nurse in the person with alterations in the communication resulting from a stroke. This project outlined objectives to be developed during the internship.

This report aims to conduct a critical reflection on these objectives and the Common Competences of the Nurse Specialist and the Specific Skills of the Rehabilitation Nurse developed throughout the internship, mobilizing scientific knowledge and applying the theoretical model of Imogene King.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Adult; Stroke; Communication; Language.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO – IMOGENE KING .....	27
3. REFLEXÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	31
4. TRANSAÇÃO DE ENFERMEIRO GENERALISTA PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Projeto de Aprendizagem	
APÊNDICE II – Folheto “Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória a realizar no domicílio”	
APÊNDICE III – Folheto “Fratura subtrocantérica com colocação de material de osteossíntese: Exercícios a realizar no pós-operatório”	
APÊNDICE IV – Estudo de Caso realizado no contexto de comunidade	
APÊNDICE V – Estudo de Caso realizado no contexto hospitalar	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Correspondência geral entre tipos de afasia e lesão hemisférica esquerda	19
Quadro 2 - Avaliação das Afasias: Procedimentos e comportamentos	21

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama esquemático da Teoria de Consecução de Objetivos	27
--	----



## INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação foi proposta a elaboração de um relatório relativo ao período de estágio que decorreu entre 24 de setembro de 2019 e 08 de fevereiro de 2020. Este estágio foi dividido entre dois períodos, tendo sido o primeiro num contexto hospitalar, num serviço de Medicina e o segundo no contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Em ambos foi essencial o acompanhamento de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que tornou possível o desenvolvimento de competências que me permitem a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), dando resposta aos Descritores de Dublin delineados para o segundo ciclo.

A realização do estágio e consecução do relatório sobre o mesmo tem como objetivo uma reflexão crítica acerca dos conteúdos lecionados no decorrer dos dois semestres iniciais do curso e a colocação dos mesmos em prática ao longo do terceiro semestre durante o período de estágio. Este é fundamentado pelos objetivos definidos no projeto de aprendizagem desenvolvido no semestre anterior, cujo tema escolhido foi “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade” (Apêndice I).

Para a elaboração do projeto referido anteriormente foi elaborado uma revisão scoping que pretendeu responder à seguinte questão: ‘Quais são as intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração resultante de Acidente Vascular Cerebral inserida na comunidade?’. Foi definido como população o adulto com Acidente Vascular Cerebral; como conceitos intervenções de enfermagem de reabilitação e alterações da Comunicação; como contexto a comunidade.

A escolha do tema descrito anteriormente baseou-se em dois pressupostos: a minha vertente pessoal e profissional e a relevância do tema para a Enfermagem de Reabilitação.

A comunicação, como parte da função cognitiva, é assumida como uma das áreas de investigação prioritárias para a Enfermagem de Reabilitação, como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), pela Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015).

Segundo a proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2018), o EEER deve em conjunto com a pessoa cuidada desenvolver processos de readaptação e reeducação funcional, que visem a adaptação eficaz

aos problemas de saúde e que promovam a qualidade de vida e reintegração e participação na sociedade. O EEER deve, em conjunto com a pessoa e sua família, conceber e implementar planos que permitam a aquisição por parte da pessoa de conhecimento que conduzam à sua capacitação e, conseqüentemente, maximização da sua independência e funcionalidade.

Torna-se imprescindível que nós, profissionais de saúde, tenhamos em consideração a importância da comunicação na qualidade de vida da pessoa. É essencial que percebamos a necessidade da comunicação na integração da pessoa na sua família e sociedade.

Muitas vezes na minha prática clínica presto cuidados a pessoas com alteração da comunicação resultantes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), por isso senti necessidade de aprofundar o meu conhecimento acerca desta temática. Pretendi desenvolver, enquanto EEER, estratégias na área da comunicação que me permitam capacitar a pessoa para se reintegrar no seu meio.

Sendo a comunicação “uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano” (Sequeira, 2016a, p.3), esta torna-se essencial para os profissionais de saúde. As profissões de saúde requerem uma constante interação entre os vários profissionais e com a pessoa e sua família (Sequeira, 2016a), sendo por isso essencial que desenvolvam competências que permitam esta mesma interação com pessoas com alteração de comunicação.

A alteração da comunicação pode provocar isolamento social, diminuição da participação nas atividades do dia-a-dia e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida da pessoa (Chiou & Yu, 2018). Estas questões nem sempre são valorizadas devido à dificuldade da pessoa em comunicar e, por isso, torna-se fulcral a implementação de programas que visem a melhoria da comunicação, aumento da participação social e gestão do sofrimento emocional (Lee, Lee, Choi & Pyun, 2015).

Durante a sua recuperação, as pessoas procuram um sistema de suporte e maior contacto com os profissionais de saúde e que estes se concentrem nas suas necessidades e preocupações individuais (Connolly & Mahoney, 2018). Cuidar de pessoas com alterações de comunicação secundárias a AVC pressupõe que os enfermeiros possuam competências que permitam comunicar de forma eficaz (McGilton et al., 2018). Porém, nem sempre isto acontece, uma vez que muitos profissionais de saúde não se sentem seguros ou preparados para comunicar com pessoas com este tipo de alteração (Page, Marshall, Howell & Rowles, 2018).

Com a intenção de dar resposta a este projeto e a todas as competências do EEER, foram definidos dois objetivos gerais para o estágio, sendo estes: Desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação à pessoa nas diversas fases do seu ciclo de vida e desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC com alterações da comunicação e, de acordo com estes foram definidos objetivos específicos:

1. Integrar a equipa multidisciplinar e participar nas atividades desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação;
2. Avaliar as alterações de comunicação presentes na pessoa com AVC e implementar planos de intervenção de acordo com as mesmas, adequando estratégias de comunicação;
3. Conceber e implementar planos de formação à equipa de acordo com a dificuldade sentida em relação a estratégias de comunicação;
4. Capacitar a pessoa com alterações da comunicação e sua família para a sua readaptação e reintegração social;
5. Examinar percurso desenvolvido para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER.

Ao longo deste documento irei começar por realizar uma breve fundamentação teórica acerca da temática escolhida. Seguidamente realizarei uma revisão acerca de alguns pressupostos relativos ao modelo teórico utilizado. De seguida apresentarei uma reflexão acerca das aprendizagens realizadas de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER, que conduzem ao desenvolvimento das capacidades enquanto Enfermeiro Especialista. Por fim, existirá um capítulo cujo nome é “Transição de Enfermeiro Generalista para Enfermeiro Especialista”, que pretende explicar as diferenças sentidas tanto no estágio como no meu contexto diário de prática clínica desde o início do meu percurso de estudante. Por fim, estarão presentes as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices que serão descritos ao longo do relatório.



# 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o AVC é definido como o “comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular” (p. 1-6).

De acordo com Santos, Duarte e Rego (2017), o AVC pode ocorrer devido à obstrução de uma artéria cerebral (AVC isquémico) ou por rutura de um vaso (AVC hemorrágico). No caso do AVC isquémico, a oclusão da artéria cerebral pode ocorrer devido a um trombo ou um êmbolo e provoca uma diminuição do fluxo sanguíneo no tecido irrigado por essa artéria e, conseqüentemente, uma diminuição do aporte de oxigénio e glucose na região da artéria lesada. No AVC hemorrágico ocorre uma rutura de uma artéria que provoca uma hemorragia com extravasamento de sangue para as meninges ou para o parênquima cerebral, o que pode dar origem a um hematoma e, conseqüentemente, ao aumento da pressão intracraniana.

A World Health Organization (2018) referencia que em 2016 o AVC foi considerado como a segunda causa de morte a nível mundial e, em conjunto com a doença isquémica cardíaca, foi responsável por 15,2 milhões de óbitos. Segundo King’s College London (2017), o AVC afeta, por ano, cerca de 17 milhões de pessoas em todo o mundo (613 148 na União Europeia, em 2015), sendo considerada a segunda principal causa de morte e uma das principais causas de incapacidade no adulto.

Porém, nas últimas duas décadas existiu uma redução da proporção das pessoas com AVC. No entanto, estima-se que entre 2015 e 2035 o número de casos na União Europeia tem tendência a aumentar em cerca de 34% (de 613 148 para 819 771 casos), maioritariamente devido ao aumento da esperança média de vida (King’s College London, 2017). Seguindo esta tendência, encontra-se também Portugal, sendo que 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos e um milhão de pessoas tem 75 ou mais anos (Ministério da Saúde, 2018).

Um relatório do INE (2020) revela que em Portugal, em 2018, os AVCs foram responsáveis por 11 235 óbitos, representando 9,9% da mortalidade a nível nacional. Em comparação com o ano anterior registou-se uma melhoria, sendo que, segundo o mesmo documento, em 2017 existiram 11 270 provocados por AVC, o que corresponde a 10,2% da mortalidade. Estes números refletem a tendência dos anos anteriores, sendo que em 2008 o AVC representava 13,9% dos óbitos em Portugal. Contudo, o AVC continua a ser a principal causa de morte em Portugal (INE, 2020).

Com a melhoria da sobrevivência após o AVC, aumenta, conseqüentemente, o número de pessoas com comorbidades resultantes do mesmo. Assim, estima-se que entre 2015 e 2035 aumente em 25% (de 3,718,785 para 4,631,050 casos) na União Europeia o número de pessoas sobreviventes de AVC com sequelas (King's College London, 2017).

Segundo a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016a), a dimensão das sequelas depende de vários fatores como a área cerebral afetada, a extensão das lesões e o tempo que se demora a atuar entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a implementação da terapia. Estas sequelas podem ser diversas, tais como: afasia, disfagia, hemiparésia, ataxia, epilepsia, incontinência urinária e fecal, alterações cognitivas (perda de memória e pensamento confuso) e alterações da sensibilidade. Todas as sequelas afetam a qualidade de vida da pessoa e da sua família, obrigando a mudanças a nível pessoal, familiar, social e profissional de ambos.

Apesar de ser atribuída por parte das pessoas uma maior importância à recuperação motora, não deve ser desvalorizada a reabilitação das alterações cognitivas (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016b). Estas podem ser várias, tais como o processamento mais lento da informação, alterações na orientação, memória, visão ou linguagem (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016b).

Mais de 50% das pessoas que sofreram AVC apresentam distúrbios de comunicação (Goulart, Almeida, Silva, Oenning & Lagni, 2016). Em Portugal, metade dos sobreviventes de AVC poderão ficar com sequela de afasia e, embora não existam dados oficiais, estima-se que a cada ano surjam cerca de 8000 casos de afasia (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016a).

Segundo Sequeira (2016a), a comunicação é

um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. Este processo permite uma adaptação ao ambiente, bem como modificá-lo e transformá-lo, construindo a realidade social. (p.2)

Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) defendem a existência de 5 axiomas na sua teoria da comunicação entre dois indivíduos. Se um destes axiomas por alguma razão não funcionar, a comunicação pode falhar. Estes axiomas são os seguintes:

- **É impossível não comunicar:** Todo o comportamento é uma forma de comunicação. Como não existe forma contrária ao comportamento ("não-comportamento" ou "anticomportamento"), também não existe "não-comunicação". Então, é impossível não comunicar.

- **Toda a comunicação tem um aspeto de conteúdo e um aspeto de relação:** Isto significa que toda a comunicação tem, além do significado das palavras, mais informações. Essas informações são a forma do comunicador dar a entender a relação que tem com o recetor da informação.
- **A natureza de uma relação está dependente da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes:** Tanto o emissor como o recetor da comunicação estruturam essa comunicação de forma diferente, e dessa forma interpretam o seu próprio comportamento durante a comunicação dependendo da reação do outro.
- **Os seres humanos comunicam de forma digital e analógica:** Para além das próprias palavras e do que é dito (comunicação digital), a forma como é dito (a linguagem corporal, a gestão dos silêncios, as onomatopeias) também desempenham uma enorme importância - comunicação analógica.
- **As permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença:** Na interação simétrica o comportamento de uma pessoa reflete o comportamento da outra, enquanto na interação complementar o comportamento de uma pessoa complementa o comportamento da outra.

Segundo Sequeira (2016b), a comunicação pode ser verbal ou não verbal. A comunicação verbal refere-se ao tipo de comunicação que recorre a palavras, sendo escrita ou oral. Em relação à comunicação não-verbal, esta “está presente nas mensagens paraverbais (tonalidades, sons, choro, gaguejo) e não-verbais (postura corporal, contacto ocular, toque, movimentos faciais, proximidade entre os membros), visando a compreensão analógica da informação comunicacional” (p.30). De acordo com o mesmo autor, a comunicação não verbal envolve vários sistemas, sendo eles:

1. Cinestésico, relacionado com o movimento e subdivide-se em subsistema gestual (expressões faciais, das mãos e do corpo) e postural (posição adotada pelo corpo), subsistema ocular (o olhar e o que ele informa-estados emocionais, cognitivos e intencionais) e subsistema de contacto (contacto visual, auditiva e físico entre duas ou mais pessoas - táctica);
2. Proxémico, que se refere ao uso que o homem faz do espaço, que é influenciado pelos seus padrões culturais;
3. Cronémico, que diz respeito às formas de gestão do tempo;
4. Diacrítico, que implica os códigos de vestuário e do cuidado com a imagem;

5. Paralinguístico, que envolve qualquer som produzido pelo aparelho fonador sem ser a própria palavra ou frase e inclui por exemplo, o tom e volume da voz, o ritmo, a dicção e as pausas.

A comunicação envolve competências pragmáticas, cognitivas e linguísticas. A competência linguística envolve a linguagem, que é o “sistema de sinais simbólicos utilizado por uma pessoa para comunicar com uma com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e recetivo (compreensão)” (Boss & Wilkerson, 2011, p. 525).

A função da mediação da linguagem na maioria das pessoas situa-se no hemisfério esquerdo e as estruturas neuro-anatómicas primárias que fazem parte da componente linguística são a área de Wernicke (responsável pela linguagem falada), o giro angular (leitura e funções não verbais da linguagem) e a área de Broca (expressão da linguagem). A rede linguística inclui também estruturas sub-corticais como os gânglios da base e o tálamo (Boss & Wilkerson, 2011).

Os distúrbios ao nível da comunicação variam de acordo com a área cerebral afetada, uma vez que a produção da fala e da linguagem envolvem diversas áreas do córtex cerebral. Das alterações da linguagem, as mais frequentes são a afasia, que decorre de uma lesão focal e das alterações motoras da fala as mais frequentes são a disartria e a apraxia (Talarico, Venegas & Karin, 2010).

Segundo Boss e Wilkerson (2011) um distúrbio na linguagem “pode ser considerado uma diminuição na compreensão e/ou uso da fala, escrita e/ou outro sistema simbólico” (p. 527).

A afasia é uma perturbação da linguagem adquirida subitamente por lesão cerebral, afetando a expressão e compreensão oral e a leitura e escrita (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016a). Pode manifestar-se por sons incorretos das palavras, incorreta escolha de palavras ou gramática incorreta (Boss & Wilkerson, 2011). Existem diversos tipos de afasia, que estão diretamente relacionados com o local da lesão, como se pode verificar no quadro seguinte (Quadro 1):

### Quadro 1 - Correspondência geral entre tipos de afasia e lesão hemisférica esquerda

<b>Tipos de afasia</b>	<b>Lesão hemisférica esquerda</b>
<b>Afasia Global</b>	Pode ocorrer por três tipos de lesão: a) Lesões extensas de todo o território da artéria cerebral média esquerda (fronto-temporo-parietais); b) Enfartes subcorticais do hemisfério esquerdo em fase aguda; c) Lesões duplas do hemisfério esquerdo (fronto-insular + temporal).
<b>Afasia de Broca</b>	Lesões fronto-insulares (cortico-subcorticais) esquerdas.
<b>Afasia Transcortical Motora</b>	Lesão frontal incluindo a convexidade frontal, mas poupando parte da área de Broca.
<b>Afasia Transcortical Mista</b>	Idêntica à anterior, mas envolvendo ainda o território da artéria cerebral média - artéria cerebral posterior esquerdas.
<b>Afasia de Wernicke</b>	Lesão extensa temporal ou temporo-parietal esquerda (ramos posteriores da artéria cerebral média esquerda).
<b>Afasia de Condução</b>	Lesões circunscritas à ínsula ou lobo parietal esquerdos ou lesões mais extensas em fase crônica.
<b>Afasia Anômica</b>	Pequenas lesões temporais ou parietais, ou fases crônicas da afasia fluentes ou não fluentes, recuperadas.
<b>Afasia Transcortical Sensorial</b>	Território da barragem artéria cerebral média-artéria cerebral posterior esquerda.

Fonte: Martins (2018, p. 45)

A avaliação da linguagem oral inclui quatro provas: caracterização da fluência do discurso, nomeação, compreensão e repetição de palavras (Martins, 2013).

A fluência é a facilidade em produzir discurso e pode ser avaliada enquanto se conversa com a pessoa (Martins, 2013). O mesmo autor refere ainda que a definição de fluência implica sete componentes, sendo estes:

1. Débito: “número de palavras produzidas por unidade de tempo” (p.169), sendo que a média normal é de cerca de 200 palavras por minuto;
2. Esforço produtivo: dificuldade na produção das palavras;
3. Articulação das palavras: relacionado com a área motora;
4. Comprimento das frases: a pessoa pode utilizar frases muito curtas, sem utilizar partículas de ligação;
5. Prosódia: melodia, ritmo, inflexão e timbre da produção do discurso;
6. Características do léxico: muitas vezes a pessoa compreende a situação, mas não consegue encontrar o léxico adequado para a definir;

## 7. Parafrasia: alterações nas estruturas das palavras (Caldas, 2000).

De acordo com estas características o discurso pode ser classificado como fluente ou não fluente. No discurso fluente verifica-se um débito normal ou elevado, é produzido sem esforço e com a linha melódica normal. No discurso não-fluente o débito é baixo e o discurso é produzido com esforço, sendo composto por frases curtas ou palavras soltas e existe uma perda da linha melódica (Martins, 2013).

A nível anatómico, dividindo o hemisfério esquerdo através de um plano coronal que atravessa o rego de Rolando, verificamos que as afasias não fluentes estão relacionadas com lesões pré-rolândicas (frontais), enquanto que as afasias fluentes se relacionam com as retrorrolândicas (temporoparietais) (Martins, 2013).

A nomeação reflete-se na atribuição de um nome a um objeto. Pode ser afetada por diversos problemas, tais como defeitos no campo visual, problemas de atenção, presença de agnosias, produção de parafrasia semânticas ou fonológicas, dificuldade no acesso ao léxico ou dificuldade na articulação do discurso (disartria) (Caldas, 2000). A dificuldade na nomeação é denominada por anomia (Caldas, 2000). Existe evidência que a produção de verbos depende da região frontal do hemisfério esquerdo, enquanto a produção de substantivos depende do lobo temporal esquerdo (Martins, 2013).

No que respeita à compreensão, a compreensão das palavras depende do lobo temporal, enquanto a compreensão de frases mais complexas depende do lobo frontal (Martins, 2013).

A compreensão auditiva pode ser avaliada a vários níveis de acordo com Caldas (2000), sendo estes:

1. Fonológico: variar a constituição das palavras e avaliar o seu impacto na compreensão;
2. Lexical/semântico: estuda-se através da compreensão dos nomes dos objetos;
3. Sintático: estuda-se pela compreensão de frases (Caldas, 2000).

A repetição de palavras implica perceber se a pessoa é capaz de repetir ou não corretamente as palavras (Caldas, 2000). Para isso, pede-se à pessoa para repetir palavras curtas e familiares, ao início e progressivamente inicia-se a repetição de palavras mais longas e difíceis ou pseudopalavras, testando, assim, a memória semântica (palavras conhecidas) e fonológica (pseudopalavras). A capacidade de repetição está relacionada com as estruturas vizinhas do rego de Sylvius: a área de Wernicke (análise, segmentação e decodificação das

palavras), a ínsula, a região parietal inferior (memória fonológica) e a área de Broca (programação do discurso) (Martins, 2013).

De seguida será apresentado um quadro elaborado por Caldas (2017) que demonstra a avaliação das quatro componentes das afasias descritas anteriormente (Quadro 2):

**Quadro 2 - Avaliação das Afasias: Procedimentos e comportamentos**

<b>Fluência do discurso</b>
<p><b>Procedimentos de avaliação:</b> Análise do discurso espontâneo que resulta da conversa conosco.</p> <p>- <b>Afasia de Broca:</b> não fluente- Por ordem decrescente de gravidade ou crescente de recuperação: Mutismo =&gt; Estereótipo =&gt; Estereótipo com prosódia =&gt; Palavras isoladas, por vezes corretas =&gt; Frases curtas com agramatismo e por isso telegráficas; discurso limitado, lento e esforçado, com erros de gramática. Para se fazer entender a pessoa usa entoações diferentes, mímica e gestos. Sob stress emocional diz impropérios.</p> <p>- <b>Afasia de Wernicke:</b> Fluente ou hiperfluente – Discurso claro, bem articulado e entoado, com sintaxe, produzido sem esforço, mas com pouco sentido por falta de substantivos, uso de parafasias e circunlocações. Por ordem decrescente de gravidade ou crescente de recuperação: Jargonafasia =&gt; Domínio de parafasias (semânticas, fonológicas e neologismos) =&gt; Circunlocações =&gt; Predomínio de pausas anómicais =&gt; Algumas pausas anómicais/parafasias ocasionais =&gt; Erros gramaticais.</p> <p>- <b>Afasia de condução e sensitiva transcortical:</b> fluentes.</p> <p>- <b>Afasia motora transcortical e global:</b> não fluentes.</p>
<b>Compreensão auditiva verbal</b>
<p><b>Procedimentos de avaliação:</b> Ordens de complexidade crescente de resposta não-verbal: “feche os olhos”, “leve o dedo indicador direito à orelha esquerda”; Respostas de sim/não com a cabeça a questões simples. Compreendem melhor o discurso coloquial que simplesmente as ordens.</p> <p>- <b>Afasia de Broca:</b> relativamente preservada – obedece a ordens simples.</p> <p>- <b>Afasia de Wernicke:</b> comprometida – Formas mais graves: incapaz de compreender. Formas menos graves: entende uma palavra ou outra; reconhece o seu nome; executa ordens muito simples. Pode até manter conversa simples se tema banal, mas a afasia manifesta-se quando se muda de tema.</p> <p>- <b>Afasia de condução e motora transcortical:</b> preservada.</p> <p>- <b>Afasia sensitiva e global:</b> comprometida.</p>
<b>Nomeação de objetos por confrontação visual</b>
<p>É a prova que permite diagnosticar a afasia com mais facilidade. Em todas há erros de nomeação.</p> <p><b>Procedimentos de avaliação:</b> Mostrar objetos correntes e pedir para nomeá-los. Se a pessoa tem dificuldade podemos dar pistas verbais (“Para ver as horas usa um...?”).</p> <p>- <b>Afasia de Broca:</b> anomia parcial (p.ex 2/5 objetos).</p> <p>- <b>Afasia de Wernicke:</b> comprometida (p.ex: parafasias).</p>

- **Afasia anômica** (fluência, compreensão e repetição mantidas): discurso pobre; circunloquções; estereótipo; déficit pode ser seletivo para categorias de palavras (verbos, substantivos, objetos animados ou inanimados) ou para o contexto de palavra isolada ou frase.

#### Repetição de palavras

**Procedimentos de avaliação:** pronunciar claramente e pedir para repetir sucessivamente: letras, monossílabos, palavras de uso frequente e finalmente frases de complexidade crescente.

- **Afasia de Broca:** comprometida.

- **Afasia de Wernicke:** erros geralmente fonológicos e ligados a certas categorias de palavras, por exemplo, palavras abstratas.

- **Afasia de condução:** distúrbio severo.

- **Afasia global:** comprometida.

- **Afasia sensitiva transcortical e afasia motora transcortical:** relativamente preservada; Ecolália.

Fonte: Caldas (2017, p.153)

A comunicação é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do ser humano e é fulcral para os profissionais de saúde, uma vez que estes estão em constantes processos de interação tanto entre si como com a pessoa e a sua família (Sequeira, 2016a).

Porém, num estudo de Salgueiro (2014), 71% dos enfermeiros referiu dificuldades em compreender o que a pessoa com alterações da comunicação pretende e também em reconhecer a perceção da pessoa em relação ao que lhe é transmitido. Os profissionais de saúde sentem-se com dúvidas, incertezas, e dificuldades e, por sua vez, a pessoa cuidada sente-se ansiosa, com raiva, frustrada, angustiada e desesperada por não conseguir perceber e/ou fazer-se perceber, o que conduz ao seu isolamento e, conseqüentemente, dificulta as intervenções que são prestadas. Este facto revela a importância do estudo da comunicação e das intervenções de EEER à pessoa com alteração da comunicação.

Segundo McGilton et al. (2018), cuidar de pessoas com alteração da comunicação é complexo e requer conhecimento e estratégias para comunicar de forma eficaz. É essencial para o EEER o conhecimento dos vários tipos de défices de comunicação, uma vez que o ajuda a reconhecer e avaliar os mesmos quando estão presentes na pessoa. Além disso, as intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações na comunicação dependem das necessidades particulares de cada uma e por isso deve ser adquirido um conhecimento prévio em relação a alterações da comunicação já existentes e as estratégias de adaptação/*coping* da pessoa às suas alterações. Este conhecimento reveste-se de grande importância no planeamento de intervenções apropriadas para assistir na comunicação (Boss & Wilkerson, 2011). A comunicação não verbal pode confirmar ou desmentir o que é dito através da comunicação verbal, pelo que é importante para o EEER saber analisar este tipo de comunicação na pessoa e adequar a sua comunicação e comportamento a cada pessoa (Sequeira, 2016b; Keutchafo, Kerr & Jarvis, 2020).

Para o estabelecimento da comunicação e consequente relação terapêutica entre o profissional e a pessoa, há vários aspetos que são importantes. Um desses aspetos é a criação de um ambiente terapêutico eficaz, que deve ser sempre calmo e que facilite as tentativas de comunicação e as torne menos stressantes, eliminando estímulos causadores de ansiedade (Boss & Wilkerson, 2011).

Após a criação do ambiente terapêutico eficaz deve-se avaliar a compreensão e identificar fatores que a promovam ou a dificultem, como a acuidade auditiva e visual. A comunicação deve ser estabelecida apenas quando a pessoa estiver disposta para tal e o discurso deve ser pausado, colocando uma questão de cada vez com linguagem de adultos, para que a pessoa não se sinta “infantilizada” ou menosprezada (Parente, Dias, Reis, Pinto & Figueiredo, 2009).

Os profissionais de saúde devem estar atentos para controlar a sua postura, comportamento, tom de voz e expressões, que necessitam de ser positivos e de suporte (comunicação de suporte). Para isso, devem reconhecer as frustrações da pessoa, mantendo uma atitude positiva e tranquilizando-a, permitindo a expressão dos seus sentimentos ou emoções, através de formas alternativas, como o cantar, desenhar, pintar ou andar (Boss & Wilkerson, 2011). Segundo Jensen et al. (2015), a utilização de comunicação de suporte ajuda a equipa de saúde e também a pessoa a colmatar as suas dificuldades e/ou necessidades.

Os vários elementos da equipa devem mostrar preocupação e reconhecer que comportamentos negativos podem ser tentativas de comunicação, encorajando a pessoa a participar no seu plano de cuidados e nas tentativas de comunicação, fornecendo reforço positivo e elogiando a cada melhoria, enfatizando os objetivos alcançados. Muitas vezes a pessoa tem tendência a desistir e isolar-se pelo embaraço devido à sua limitação da comunicação. Este embaraço pode ser reduzido com a ajuda do EEER e da família através da demonstração de interesse e aceitação. Nesse sentido, as visitas devem ser incentivadas, mas controladas, de modo que quem visite a pessoa saiba como agir e não a desencoraje, pois o facto de se sentirem desconfortáveis e frustradas em iniciar interações com a pessoa podem desencadear a perda de interesse na socialização (Boss & Wilkerson, 2011). O EEER e a família devem ensinar aos amigos as estratégias adotadas para comunicar e devem informar sobre instituições de apoio a quem podem recorrer em caso de necessidade (Boss & Wilkerson, 2011; Parente et al., 2009).

Quando as pessoas não conseguem formar linguagem escrita ou oral, pode ser utilizada comunicação alternativa e aumentativa, cuja definição é “qualquer modo ou canal de comunicação que substitui ou apoia os sistemas de discurso e/ou escrita e incluem gestos, linguagem gestual, quadros de imagem ou palavras, quadros alfabéticos e sistemas de

discurso sintetizado ou digitalizado” (Boss & Wilkerson, 2011, p. 544). Em caso de afasia, os quadros de comunicação devem utilizar imagens, objetos, ações, caras com expressões.

Segundo Boss e Wilkerson (2011) e Parente et al. (2009), existem técnicas de facilitação para melhorar a comunicação e estas devem ser adequadas a cada pessoa:

- Devem ser oferecidas e encorajadas a utilização de estratégias de comunicação com combinações entre discurso verbal, gestos, sinais e dispositivos de promoção da comunicação;

- A comunicação deve ser de acordo com o interesse da pessoa e deve-lhe ser dado tempo para comunicar, não interrompendo e só em caso de necessidade fornecer palavras;

- Deve-se repetir em voz alta o que foi dito para validar se está correto;

- A pessoa deve ser incentivada a comunicar e deve ser reconhecido todo o seu esforço, não valorizando a pronúncia imperfeita ou erros e elogiando-a sempre que possível, demonstrando a compreensão pelo que a pessoa expressou;

- Deve-se encorajar a pessoa a expressar-se com calma e de forma clara, verbalizando frases mais curtas e, caso a comunicação oral não seja eficaz, incentivar a escrever uma mensagem ou fazer um desenho.

Vários estudos demonstram que quando aplicadas estratégias/abordagens ou planos comunicacionais que são centrados na pessoa, isto é, que são adequados às reais necessidades da pessoa, tanto a pessoa como os profissionais de saúde se sentem mais confortáveis e satisfeitos. Além disso, tanto os profissionais como as pessoas cuidadas se sentem menos frustradas e mais confiantes, o que conduz a uma melhoria na interação entre ambos e ao estabelecimento de uma relação terapêutica mais eficaz. Conseqüentemente, a pessoa sente-se mais motivada e participa de forma mais eficiente no seu processo reabilitativo (McGilton et al, 2018; Chu, Sorin-Peters, Sidani, Huerta & McGilton, 2017).

Segundo Page, Marshall, Howell e Rowles (2018), é de extrema importância para os profissionais de saúde o estabelecimento de planos de formação em relação à comunicação para que sejam ultrapassadas as dificuldades sentidas em estabelecer relação com pessoas com alteração da comunicação. No estudo referido anteriormente, grande parte dos profissionais de saúde referem incapacidade de comunicar de forma eficaz com as pessoas com alteração da comunicação, o que aumenta a insatisfação em relação ao seu trabalho. Quando começam a utilizar estratégias de comunicação adequadas, tanto os profissionais como a pessoa aprendem a interpretar-se mutuamente e os profissionais compreendem e respondem mais facilmente às solicitações da pessoa. Por sua vez a pessoa sentindo-se

menos frustrada também melhora o comportamento, tornando-se menos agressiva e mais participativa nos seus cuidados.

Todos os aspetos referidos anteriormente demonstram a importância de capacitar os profissionais para que se sintam aptos e mais seguros para intervir com as pessoas com alteração da comunicação, contribuindo para a melhoria contínua da sua qualidade de vida e para o aumento da sua funcionalidade.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO – IMOGENE KING

De acordo com King (1984), enfermagem é uma série de processos e interações humanas entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada, onde através do exercício da comunicação analisam a situação de saúde deste, fixam objetivos, exploram os meios para os alcançar e chegam a um acordo sobre os mesmos. A teoria da consecução de objetivos, redigida por King (1984) tem por base o sistema interpessoal onde duas pessoas (enfermeiro e pessoa cuidada), que não se conheciam anteriormente, se encontram num contexto de prestação de cuidados de saúde para ajudar e ser ajudado, respetivamente, a restabelecer um estado de saúde. A natureza das interações entre a pessoa e o enfermeiro levam à obtenção de objetivos, tal como exemplificado na figura seguinte:

**Figura 1** - Diagrama esquemático da Teoria de Consecução de Objetivos



Fonte: Traduzido de King (1984, p. 184)

King (1984) define quatro conceitos principais na sua teoria, que reforçam a existência de um conjunto de ações recíprocas entre o enfermeiro e a pessoa cuidada durante o processo de enfermagem. São eles perceção, comunicação, interação e transação:

- **Perceção:** representação da realidade para cada pessoa, que envolve uma consciência de pessoas, objetos e acontecimentos. Implica organizar, interpretar e transformar a informação sensorial e memória e influencia a sua conduta no presente. A perceção é universal, mas pessoal e subjetiva, uma vez que depende de cada pessoa e das suas experiências passadas, a genética, os antecedentes educacionais e o grupo

socioeconómico em que está inserido. Pode-se afirmar que embora os seres humanos tenham experiências comuns, cada um vivencia à sua maneira, logo, tem percepções da mesma situação diferentes. Para o processo de cuidados é essencial que o enfermeiro tenha em conta os fatores que influenciam tanto as suas percepções como as percepções da pessoa, visto que esta pode ser distorcida pela dor ou por estados emocionais. É importante que o enfermeiro conheça a percepção de modo a avaliar, interpretar e planificar, em conjunto com a pessoa, os meios para alcançar os seus objetivos.

- **Comunicação:** processo pelo qual a informação passa de uma pessoa para a outra e envolve troca de pensamentos e opiniões. É através da comunicação que as relações humanas se desenvolvem e mantêm e se desenvolvem processos de aprendizagem. Pode ser não verbal ou verbal, sendo que a não verbal inclui gestos, expressões faciais, ações ou posturas enquanto a verbal inclui a linguagem falada e escrita. A linguagem é essencial para facilitar a cooperação e interação entre as pessoas, pois proporciona os símbolos para a comunicação verbal. A comunicação entre o enfermeiro e os restantes profissionais de saúde e entre o enfermeiro e a pessoa e sua família é essencial para o cuidado seguro e eficaz das pessoas, uma vez que permite identificar necessidades e partilhar informação que permite à pessoa tomar decisões de forma consciente e estabelecer objetivos no seu meio ambiente.

- **Interação:** processo de percepção e comunicação entre duas ou mais pessoas ou entre a pessoa e o ambiente, manifestado por condutas verbais e não verbais que podem revelar como as pessoas se sentem em relação a uma determinada situação, o que pensam sobre o outro ou quais as suas expectativas perante a situação. O processo de interação foca-se nas necessidades e o bem-estar da pessoa e, para isso, o enfermeiro deve identificar as necessidades da pessoa através da comunicação, observação e interpretação da informação para identificar problemas e estabelecer objetivos em conjunto com a pessoa. Cada indivíduo tem experiências passadas, diferentes conhecimentos, necessidades presentes, expectativas, objetivos e percepções que influenciam as interações.

- **Transação:** representa uma situação na qual duas pessoas (uma que percebe e outra que é percebida) se encontram e entram numa situação como participantes ativos e evoluem no processo destas experiências. É o processo de interação no qual a pessoa entra em contacto com o meio ambiente, interagindo com ele, de modo a alcançar os seus objetivos.

A interação entre a pessoa e o enfermeiro pode ser influenciada por diversos fatores, tais como as suas percepções, os seus objetivos, necessidades e valores. Nem sempre os objetivos do enfermeiro e das pessoas coincidem e, por isso, é importante que cheguem a um acordo. Para isso, o enfermeiro deve partilhar informação que ajude a pessoa a participar na tomada de decisão acerca do cuidado da sua saúde.

Através de percepções do meio ambiente e da comunicação verbal e não verbal os indivíduos interagem entre si de diferentes formas, resultando destas interações algumas transações.

Por outro lado, King (1984) defende, também, a existência de três sistemas que estão relacionados com os conceitos definidos anteriormente. São eles:

- Sistema pessoal: inclui conceitos como percepção, o “eu”, a imagem corporal, o crescimento e desenvolvimento, o tempo e o espaço. É a forma como cada pessoa processa a informação acerca do meio ambiente que a rodeia e relaciona o seu presente com experiências vividas anteriormente, o que condiciona a sua percepção acerca do que os rodeia. Ou seja, é o sistema de cada pessoa que quando em contacto com outro conduz ao sistema interpessoal;

- Sistema interpessoal: diz respeito à ligação entre mais que uma pessoa e inclui os conceitos papel, interação, comunicação, transação, stress e coping;

- Sistema social: envolve grupos que constituem a sociedade. Inclui conceitos como a organização, poder, autoridade e status, tomada de decisão, controlo e realização dos objetivos.

Apesar de cada conceito estar mais relacionado com um sistema, tanto os vários conceitos como os vários sistemas estão sempre interligados.



### **3. REFLEXÃO DAS APRENDIZAGENS REALIZADAS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

O curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação pressupõe a realização de um estágio em contexto hospitalar e outro em contexto de comunidade.

Iniciei a minha aprendizagem clínica, em contexto hospitalar, num serviço de medicina entre 24 de setembro e 22 de novembro de 2019. Neste período, durante 2 semanas tive a possibilidade de estagiar noutro serviço de medicina, por licença de férias do enfermeiro orientador. Este facto permitiu-me uma maior aprendizagem, uma vez que além de ter possibilidade de conhecer e aplicar os meus conhecimentos em dois serviços diferentes, possibilitou-me contactar com outras realidades. O planeamento da intervenção dos dois EEER perante a diversidade de situações de cuidados, contribui para uma maior aprendizagem, pois cada um deles trouxe perspetivas e maneiras de pensar próprias, o que me conduziu a um maior crescimento profissional.

A escolha deste local de estágio baseou-se no facto do serviço de Medicina ser um serviço “polivalente”, que tem pessoas internadas com diversas necessidades, o que me permitiria o desenvolvimento das competências específicas do EEER. Segundo Carvalho et al. (2016), no serviço de medicina são internadas pessoas com diversas patologias, sendo as mais recorrentes pneumonias adquiridas na comunidade, AVC e insuficiência cardíaca. Este facto poderia permitir desenvolver o meu projeto, no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da comunicação por AVC.

Embora o foco do meu projeto fosse a pessoa inserida na comunidade, o estágio ao nível hospitalar iria complementar a minha aprendizagem no âmbito de enfermagem de reabilitação. De acordo com Carvalho et al. (2016), a pessoa que necessita de internamento em medicina é caracterizada pela associação de várias patologias crónicas, o que conduz a uma elevada morbilidade e conseqüentemente a um elevado grau de dependência. A descrição realizada anteriormente reforça a importância da intervenção do EEER no internamento de medicina, uma vez que segundo as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER tem como principais objetivos cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, ajudando-a a tornar-se o mais independente possível (Regulamento n.º 392/2019).

O início do estágio foi difícil, uma vez que o assumir o meu papel de estudante trouxe-me alguma insegurança, o que em conjunto com a realidade clínica diferente do meu contexto profissional, dificultou a integração na equipa de enfermagem. Para que o processo de adaptação fosse mais fácil, tentei mostrar-me sempre participativa e recetiva com todos os elementos da equipa, demonstrando disponibilidade e interesse em trabalhar em equipa. Tentei mostrar confiança e vontade de aprender, aproveitando as oportunidades que iam surgindo.

Ao longo do estágio a equipa mostrou-se bastante recetiva e acolhedora e tornou a minha integração mais fácil, uma vez que todos os elementos agiram como se eu fizesse parte da equipa, facilitando a minha integração e o trabalho em equipa. No entanto, enquanto estudante a desenvolver um projeto na área da comunicação, e refletindo sobre a minha integração no estágio, devia ter sido capaz de colocar em prática o que aprendi ao longo da elaboração do projeto: a importância da comunicação em todo o contexto clínico. Poderia ter tentado comunicar mais com os diversos elementos da equipa, e ter tentado interagir de forma mais eficaz com os diversos profissionais e com as pessoas internadas, de modo a que me sentisse integrada com maior rapidez e me sentisse mais segura e confiante. Não me deveria ter focado apenas nas intervenções a realizar, mas sim na importância da comunicação no seio da equipa em que me estava a tentar integrar, para que fosse possível uma troca de conhecimento entre mim e os diversos elementos da equipa que contribuiriam para uma maior aprendizagem.

Nesta equipa, era notório o reconhecimento do papel do enfermeiro de reabilitação permitindo que a gestão dos cuidados fosse feita de acordo com as necessidades de intervenção do EEER. Isto é, normalmente a distribuição das pessoas internadas pelos diferentes enfermeiros era realizada de acordo com a distribuição espacial. Segundo o modelo interdisciplinar, modelo primordial para a reabilitação, todos os elementos da equipa devem colaborar entre si com um objetivo comum: a melhoria contínua da pessoa (Branco, 2017). Neste sentido, reveste-se de extrema importância a comunicação entre os diversos elementos da equipa para que os cuidados de enfermagem de reabilitação cheguem a quem necessita dos mesmos. Segundo Pontes (2017), o EEER

fundamenta a sua ação numa visão holística dos fenómenos relativos a cada pessoa, de modo a incentivar a estimulação das suas áreas saudáveis (a nível do corpo ou da mente) ao serviço da reabilitação das que estão afetadas pela doença crónica e, desta forma, impulsionar o processo de reabilitação global da pessoa (p.497).

Esta visão holística permite que o EEER se coloque num papel primordial na prestação de cuidados. No serviço de medicina, a equipa é capaz de perceber a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo que o EEER fique como gestor de caso

das pessoas que necessitam dos mesmos. Porém, nem sempre a importância do EEER é reconhecida a nível institucional. No caso do enfermeiro orientador, este apesar de ser EEER está contratado como enfermeiro generalista, o que implica que não tenha o tempo necessário para dedicar a todas as intervenções de enfermagem de reabilitação. Este facto dificultou o meu processo de adaptação, uma vez que muitas vezes enquanto o enfermeiro prestava intervenções de enfermeiro generalista, eu sentia-me um pouco confusa acerca do que devia fazer, o que me fazia sentir um pouco perdida. Estes aspetos, juntamente com a minha insegurança dificultaram a integração no serviço.

Segundo Martins, Martins e Martins (2017), muitas vezes os profissionais colocam o seu foco nos procedimentos técnico-científicos e centram-se mais na recuperação física do que a reabilitação. De acordo com as mesmas autoras reabilitar significa “voltar a habilitar, o que quer dizer que em causa está o físico, psicológico, social, político, cultural e espiritual, com o objetivo de proporcionar dignidade à pessoa” (p. 67). Durante o estágio muitas vezes questioneei e refleti acerca do meu papel, se estava a conseguir ver a pessoa como um todo, ou se apenas estava focada em aprender os procedimentos técnicos. Esta questão fez-me refletir muitas vezes e tentar melhorar a cada dia que passava, deixar de pensar nas intervenções que prestava como minhas, mas sim como da pessoa cuidada, porque era nela que tinha que estar o meu foco.

A aprendizagem realizada no outro serviço de medicina, embora tenha sido num curto período de tempo (duas semanas, como referido anteriormente) foi uma mais-valia por me permitir prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com situações clínicas com internamentos longos, semelhante ao meu contexto profissional. A experiência permitiu-me perspetivar outras formas de pensar sobre os cuidados que presto, enquanto futura EEER.

Tal como no serviço de anterior, a equipa mostrou-se bastante acolhedora e fez-me sentir integrada nos cuidados a prestar. Para que a adaptação em ambas as equipas fosse realizada de forma eficaz, contribuíram de forma muito positivo os enfermeiros orientadores. Estes foram elementos fulcrais neste estágio, uma vez que, apesar da sobrecarga de trabalho, sempre se mostraram disponíveis para esclarecer as dúvidas que foram surgindo. Deram-me tempo para consultar o processo das pessoas, os exames complementares de diagnóstico e realizar pesquisa bibliográfica quando surgia alguma dúvida, de modo a que fosse, a cada situação, consolidando os conteúdos abordados. Este facto ajudou-me a delinear planos de cuidados e a desenvolver o raciocínio clínico que me permite perceber quais as intervenções mais adequadas para cada situação.

Para o estabelecimento de um plano de cuidados é importante estar inserida na equipa. Tal importância é reforçada pelas competências do enfermeiro especialista, da qual faz parte a gestão dos cuidados de enfermagem, sendo essencial a articulação das

intervenções com a equipa de saúde com vista à melhoria contínua dos cuidados e da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A transição do papel de enfermeira generalista para estudante do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação foi desafiadora. Esta mudança de papéis implicou um olhar diferente para os cuidados que prestava e uma aprendizagem de uma nova dimensão de cuidar para conseguir implementar intervenções de enfermagem de reabilitação. De acordo com Branco (2017), “a reabilitação é um processo que consiste na prestação de cuidados de saúde integrados, no âmbito da prevenção primária, secundária ou terciária e em regime de internamento ou de ambulatório, incluindo intervenções na comunidade” (p. 26).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a “reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565). O EEER deve, a partir do seu elevado nível de conhecimentos e experiência, tomar decisões que visem a promoção da saúde e prevenção de complicações, trabalhando para a manutenção e/ou maximização do potencial da pessoa, com vista ao restabelecimento da sua saúde, capacidade funcional e independência (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Isto significa que o EEER deve perceber a importância do trabalho em equipa e contribuir para que a gestão de cuidados seja realizada de forma eficaz com vista à melhoria contínua dos cuidados e à maximização do potencial da pessoa. Santos (2017) refere que “a reabilitação enquadra um processo, com um conjunto de etapas e uma abrangência de interlocutores, com profissionais de saúde, utentes, família, cuidadores, onde uma abordagem sistémica é fundamental para atingir os seus objetivos” (p.15).

Para isso, comecei por estar atenta às informações transmitidas durante a transição de cuidados. Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), através da Norma 001/2017 (2017) “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (p. 1). ISBAR é uma ferramenta padronizada em saúde que significa: I: Identificação dos intervenientes na comunicação; S: Situação atual; B: Antecedentes; A: Avaliação; R: Recomendações. Esta transição de cuidados deve assegurar uma comunicação eficaz que permita uma transmissão de informação entre os diversos profissionais de saúde intervenientes no processo de cuidado que seja “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (p.4) (Norma 001/2017, 2017).

Posteriormente, complementei essas informações com coleta de dados através da informação clínica de cada pessoa existente em processo clínico e junto da própria pessoa. Segundo Branco (2017), cada pessoa possui características únicas, o que implica que sejam criadas estratégias individualizadas para cada uma. Para a criação destas estratégias foi importante estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, incluindo-a no seu plano de cuidados, permitindo que ela expusesse as suas expectativas e avaliando as suas necessidades reais para atuar de acordo com as mesmas. Por fim, delineava junto com o enfermeiro orientador um plano de cuidados, incluindo a pessoa no mesmo e estimulando-a a participar de forma mais independente possível nas atividades delineadas com o objetivo da recuperação da sua independência.

Segundo Carvalho et al. (2016), no serviço de medicina estão internadas na maioria pessoas idosas e frágeis, com múltiplas patologias e necessidades, o que torna complexa a intervenção junto das mesmas. O fator que mais dificultou a minha intervenção foi saber como intervir com pessoas com alterações cognitivas, a nível da orientação, ou algumas que não se mostravam participativas no seu plano de reabilitação. Nestes casos, e acabando por dar resposta ao meu projeto, tentei adequar as formas de comunicação verbal e não verbal, explicando a importância da reabilitação e explicando as intervenções de diversas formas até conseguir obter a resposta por parte da pessoa.

Este estágio trouxe-me diversas oportunidades, permitindo-me prestar cuidados a pessoas com diferentes tipos de patologias, nomeadamente pessoas com patologia respiratória (como DPOC, pneumonia, infeção respiratória), pessoa submetida a artroplastia da anca, pessoa com AVC. Neste sentido, tive oportunidade de prestar intervenções de reeducação funcional respiratória, tendo que adequar as diferentes técnicas às diferentes pessoas (de acordo com a sua patologia, exames complementares de diagnóstico, particularidades como a presença de pacemaker, alterações cognitivas entre outras). Tive também oportunidade de realizar ensinamentos para alta e consequente regresso ao domicílio sobre exercícios que a pessoa pode realizar de forma autónoma. Para esse efeito realizei um folheto designado por “ Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória a realizar no domicílio”, que se encontra no Apêndice II.

Além do descrito anteriormente, realizei também intervenções de reeducação funcional motora (exercícios de mobilização e fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, treino de marcha, treino de transferências entre superfícies, treino de atividades de vida diária, nomeadamente os cuidados de higiene e o vestir e despir e a utilização da sanita) a pessoas com AVC, com sequelas da imobilidade e submetida a artroplastia da anca. Esta última foi uma situação isolada e pouco comum no serviço de medicina, mas bastante desafiadora, o que me levou a aprofundar conhecimentos e constitui-se como um enriquecimento da minha

aprendizagem como futura EEER. Por esse motivo e para a realização de ensinamentos para a alta, realizei um folheto intitulado por “Fratura subtrocantérica com colocação de material de osteossíntese: Exercícios a realizar no pós-operatório” (Apêndice III).

Considero que este estágio se mostrou bastante gratificante, com muitas aprendizagens, tanto a nível profissional, através da oportunidade na prestação de cuidados a diferentes pessoas e integração em novas equipas, como a nível pessoal, contribuindo para um aumento da minha segurança e confiança.

Durante todo o processo de aprendizagem em contexto clínico, procurei superar as dificuldades que surgiram e sempre me senti motivada para aprender. Refletindo sobre todo o percurso, hoje teria tentado fazer uma gestão mais eficaz das emoções e de tempo que me permitissem estudar e aplicar os conhecimentos de forma a crescer ainda mais pessoal e profissionalmente. Além disso, teria aproveitado melhor as oportunidades que surgiram na colheita de dados e na aplicação de instrumentos de avaliação às diferentes pessoas com diferentes patologias, o que me teria permitido crescer ainda mais enquanto pessoa e profissional, futura EEER.

O segundo estágio decorreu numa ECCI entre 25 de novembro de 2019 e 8 de fevereiro de 2020.

A ECCI está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, a ECCI é

uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (p. 3862).

O local onde trabalho (Unidade de Média Duração e Reabilitação) pertence, também, à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), mas em contexto de internamento. Este facto facilitou a minha compreensão acerca do funcionamento da equipa, uma vez que ambos os serviços se regem pelos mesmos valores e são serviços inseridos na comunidade. No entanto, há uma diferença que marca os dois serviços e que me obrigou a uma adaptação: os cuidados prestados são em contexto domiciliário. Se na unidade onde trabalho são a pessoa e a sua família que se inserem no nosso contexto, na ECCI é o EEER que se insere no contexto da pessoa, o que obriga a uma adaptação ainda maior, tanto ao

espaço físico e muitas vezes às barreiras arquitetónicas aí presentes, como ao ambiente familiar da pessoa.

Quando comecei o estágio ia com muitas expectativas, pois como conhecia os valores da RNCCI, já me sentia mais segura. Porém, havia dois aspetos que me deixavam receosa, sendo o primeiro a integração numa equipa nova para mim e o segundo e principal, o entrar no domicílio da pessoa, como seria aceite tanto pela equipa como pela pessoa que ‘recebe’ os cuidados em sua casa.

A equipa mostrou-se recetiva, mostrando-me como funcionava a ECCI e colocando-me à vontade para colocar todas as dúvidas que fossem surgindo. A enfermeira orientadora teve um papel importante integrando-me no plano de cuidado de reabilitação às pessoas que iria cuidar, numa abordagem centrada na pessoa, o que me permitiu atender à individualidade da pessoa aquando da prestação do cuidado. O cuidado centrado na pessoa inclui todas as intervenções individualizadas, desenvolvidas com e para a pessoa e que têm em consideração todos os aspetos que a envolvem, nomeadamente as suas vivências anteriores e os seus valores. Estes aspetos, em conjunto com as competências do enfermeiro, permitem o estabelecimento de um plano de cuidados individual adaptado às reais necessidades da pessoa (McCormack & McCance, 2006; McCormack et al. 2015).

Nas visitas domiciliárias que efetuei, compreendi que as pessoas internadas na ECCI encaram a EEER como alguém que já faz parte do seu contexto e do seu dia-a-dia e o facto de a acompanhar fez com que me recebessem em sua casa de forma positiva, mostrando-me que era bem-vinda e que confiavam na equipa.

Enquanto no estágio de medicina nem sempre tive contacto com a família, uma vez que nem sempre a família se deslocava à visita em horário que mo tivesse permitido, a prestação de cuidados no domicílio acarreta não só o contacto entre o profissional e a pessoa, mas também obrigatoriamente com a sua família/cuidador. Este facto fez-me reforçar a importância que a família tem em todo o processo de reabilitação.

Segundo Martins, Martins e Martins (2017), a família é o ambiente natural onde são transmitidos valores e onde se aprende a ser indivíduo com crenças e estilos de vida que moldam a vida. É um sistema dinâmico em que ocorrem inter-relações entre os diferentes membros, num contexto de organização, estrutura e funcionalidade. De acordo com as mesmas autoras, quando existe um processo de doença num dos membros da família, e que esta provoca dependência, não é só a pessoa que tem que se adaptar, mas também os restantes membros da família. Os familiares têm que se reorganizar de forma a conseguir satisfazer as necessidades da pessoa que está a atravessar o processo de dependência, existindo uma mudança de papéis que podem conduzir a um problema familiar.

Neste âmbito, o EEER tem um papel fulcral. Em primeiro lugar deve ser capaz de avaliar as reais necessidades da pessoa e dos seus cuidadores. Para isso é essencial que o EEER procure recolher junto da pessoa e família informações sobre as suas relações, vivências anteriores, crenças e valores que podem interferir no processo de reabilitação. Pode ser necessário desconstruir algumas dessas vivências e procurar caminhos alternativos para que os diversos membros da família consigam adaptar-se com as suas novas condições. Após a recolha das informações descritas anteriormente, o EEER deve iniciar o processo de ensino e capacitação do cuidador, explicando a importância de todo este processo e motivando os intervenientes a participar no mesmo, não apenas debitando os procedimentos, mas assumindo um ensino centrado na pessoa, baseado nas necessidades reais e adaptado ao contexto em que a pessoa e sua família se inserem (Martins, Martins & Martins, 2017).

Ao início senti um pouco de dificuldade em adaptar-me ao contexto domiciliário. Sentia-me receosa por pensar que estava a 'invadir' o espaço da pessoa. Porém, facilmente me adaptei e percebi a importância dos cuidadores no processo de reabilitação e consegui comunicar com as pessoas e suas famílias, o que me permitiu desenvolver a relação terapêutica e de confiança que possibilitou a discussão e a implementação dos planos de cuidados adequados a cada um.

Neste estágio, além da capacidade de adaptação e integração a um novo contexto de estágio e à equipa da ECCI, foi necessário a adaptação ao contexto domiciliário, percebendo a importância da gestão de cuidados, prioridades e tempo para que a todos as pessoas que estão internados na ECCI tenham os cuidados adequados à sua situação, numa abordagem centrada na pessoa. A gestão de cuidados que o EEER, atendendo à individualidade da pessoa e família, permitiu-me aprender e consolidar técnicas de gestão de cuidados e de prioridades, o que me fez crescer enquanto futura EEER. Para isso foi importante conhecer as necessidades de cada pessoa, assim como a localização geográfica de cada domicílio para que posteriormente se organizasse a agenda semanal das visitas domiciliárias.

As intervenções realizadas durante o estágio tiveram em conta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que são:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

Enquanto futura EEER este estágio trouxe-me diversas aprendizagens, nomeadamente acerca do prestar cuidados de EEER em contexto domiciliário e das estratégias que podem ser utilizadas para a mesma, especificamente, as estratégias para

minimizar o risco de lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho perante as estruturas físicas em contexto domiciliário. Segundo Ribeiro, Serranheira e Loureiro (2017), existe um número elevado de enfermeiros de cuidados de saúde primários em Portugal com lesões músculo esqueléticas associadas ao trabalho (89%). Este número demonstra a importância de durante a prestação de cuidados adotar um controlo postural adequado e utilizar estratégias como a estimulação para que a pessoa se suporte nas estruturas fixas/seguras existentes no domicílio, como nas grades da cama ou nos corrimões para evitar a sobrecarga ao nível dorso-lombar do cuidador.

Por outro lado, fez-me consolidar a perceção acerca da importância da inserção da pessoa e da família no plano de cuidados e da importância da capacitação dos cuidadores na continuidade de cuidados e conseqüente melhoria da pessoa, conduzindo à maximização da sua funcionalidade e, quando possível, a sua independência. Segundo Martins, Martins e Martins (2017), “só conseguimos intervir quando conhecemos” (p.70). Para este conhecimento é fulcral a família e as informações adquiridas através desta. Segundo as mesmas autoras “a família pode ser vista como um recurso para o trabalho do enfermeiro, bem como o enfermeiro um suporte para a família” (p.70). É essencial um trabalho conjunto entre EEER, pessoa e família que permita a exteriorização de emoções, a disponibilidade para aprendizagem sobre estratégias e procedimentos a adotar que respondam às necessidades da pessoa com dependência, de modo a maximizar a sua funcionalidade e ajudar a regressar à sua vida adaptando à sua nova realidade e às suas limitações.

Durante o estágio tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com diversas patologias, podendo prestar cuidados de reabilitação motora e funcional (como treino de marcha, treino de transferências entre superfícies, exercícios de mobilização passiva, ativa e ativa-assistida) e exercícios de reabilitação respiratória a diversas pessoas nos seus contextos domiciliários. Além disso, tive ainda oportunidade de participar com a enfermeira orientadora na articulação com a Técnica Superior de Serviço Social da Junta de freguesia para a participação num projeto no qual se pretendia a aquisição de material de apoio, nomeadamente de uma cadeira de rodas para uma pessoa com deficiência. Esta situação permitiu-me ainda mais perceber a importância não só da articulação entre os diversos profissionais de saúde, mas também com todos os recursos existentes na comunidade com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada e da sua capacitação para que seja restabelecida a máxima independência possível.

No período de tempo que decorreu o estágio na ECCI existiram poucas pessoas internadas de acordo com o número de vagas existentes e poucas admissões, pelo que o estágio não foi muito rico em situações clínicas diferentes. No entanto, considero que se mostrou bastante gratificante, com muitas aprendizagens, tanto a nível profissional como

peçoal, permitindo-me despende mais tempo com cada pessoa e, consequentemente, prestar mais atenção às necessidades pessoais de cada um e intervir de acordo com as mesmas, tirando o melhor proveito de todas as oportunidades que foram surgindo. A comunicação é essencial na relação estabelecida entre os diversos profissionais de saúde e a pessoa e sua família, que se encontram em constante interação (Sequeira, 2016<sup>a</sup>). Para que a relação terapêutica seja eficaz, é importante o estabelecimento de um ambiente terapêutico, seguro e calmo e dar tempo à pessoa e sua família para comunicar (Boss & Wilkerson, 2011). Segundo Martins, Martins e Martins (2017), deve-se incentivar a pessoa/cuidador a exprimir as suas emoções, os seus medos, as suas incapacidades e pensamentos de modo que se consiga que as pessoas compreendam e participem no seu processo de adaptação às mudanças existentes num processo de saúde-doença. Para isso é importante poder despende algum tempo para cada pessoa, o que foi conseguido durante este estágio, permitindo-me perceber a importância do EEER em contexto da comunidade e crescer enquanto enfermeira e futura EEER.

Este estágio tornou-se mais fácil que o primeiro, uma vez que já me sentia mais adaptada ao contexto de comunidade e à RNCCI e seus valores. Além disso, o planeamento do estágio foi agendado de modo a maximizar a minha aprendizagem, recorrendo aos dias da semana em que iria cuidar das pessoas ao meu cuidado, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados.

Os estágios, apesar de em contextos diferentes, complementaram-se entre si e contribuíram para a minha aprendizagem e para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.

Neste contexto, vou fazer de seguida uma breve reflexão sobre as diferentes competências.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são divididas em 4 domínios, sendo eles: A- Responsabilidade profissional, ética e legal; B- Melhoria contínua da qualidade; C - Gestão dos cuidados; D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

Considero que as competências descritas anteriormente foram atingidas, uma vez que com todas as pessoas que trabalhei mantive sempre presente uma prática profissional baseada na componente ética e legal.

De acordo com Deodato (2017),

o enfermeiro deve procurar o seu agir pautando-se em primeiro lugar pelo respeito pelas reais necessidades da pessoa em causa, planeando os cuidados tendo em conta a vontade manifestada, as suas crenças e costumes culturais, os seus valores, os seus projetos de vida, a sua relação com a transcendência e os seus direitos. O enfermeiro deve agir no respeito integral pela pessoa e não apenas pela necessidade de cuidados em concreto. é nisto que consiste, em primeiro lugar, o respeito pela dignidade da pessoa assistida (p.37)

No decorrer do estágio suportei as minhas intervenções nos valores humanos e na deontologia profissional, promovendo a proteção da dignidade, privacidade e segurança da pessoa cuidada. Tive em consideração a melhoria contínua dos cuidados prestados, fornecendo sempre um ambiente o mais seguro possível para a prestação de cuidados e para a pessoa e os profissionais de saúde, contribuindo para a diminuição dos riscos inerentes à prática de cuidados, como por exemplo o risco de queda. Para isso, realizei a monitorização através de instrumentos de avaliação (como por exemplo a Escala de Morse para avaliação do risco de queda, entre outros) e expliquei à pessoa e seu cuidador a importância da adaptação do ambiente tanto no meio hospitalar, como no seu domicílio para as limitações de cada pessoa.

Em relação à gestão de cuidados, à medida que se foi desenvolvendo o estágio tornei-me capaz de articular com os diferentes profissionais com o objetivo da continuidade e melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, da melhoria do estado clínico da pessoa e a recuperação da sua funcionalidade. Como exemplo do descrito anteriormente: após as diversas intervenções realizadas no âmbito da reabilitação respiratória comunicar com os elementos da equipa e solicitar aos mesmos para cumprir com determinados posicionamentos à pessoa de acordo com a sua patologia/objetivo do plano de cuidados instituído.

Relativamente à continuidade de cuidados, este estágio e a minha prática profissional têm-me permitido perceber que nem sempre esta é realizada da forma mais eficaz entre as diversas equipas. Segundo Carvalho et al. (2016) muitas pessoas internadas em medicina (cerca de 8,6%) já têm alta clínica, mas encontram-se a aguardar vaga em unidades de cuidados continuados ou a aguardar suporte social em ambulatório. Esta situação é também reportada por Martins, Martins e Martins (2017) que referem que as respostas sociais se encontram desatualizadas e não respondem às necessidades reais das pessoas dependentes. Segundo as mesmas autoras, os diversos subsistemas existentes na sociedade não interagem convenientemente na procura de uma resposta adequada para a pessoa como um todo, não existindo uma resposta atempada para as reais necessidades. O conhecimento por parte das equipas desta realidade é essencial para que percebam a importância das referenciações para as equipas mais adequadas, contribuindo para a continuidade de cuidados. Esta perceção conduziu a uma aprendizagem e crescimento pessoal e profissional,

contribuindo para que eu consiga futuramente assegurar a continuidade de cuidados de forma mais eficaz, tentando sempre que possível elaborar precocemente um planejamento da alta das pessoas a quem presto cuidados, para que quando possível possa articular com as equipas de contexto comunitário para o qual serão referenciados.

No âmbito das aprendizagens profissionais baseei as minhas intervenções no conhecimento científico adquirido ao longo do curso e sempre que surgiram dúvidas realizei pesquisa bibliográfica e discuti as mesmas com os enfermeiros orientadores para me sentir mais segura e confiante no meu trabalho e nas minhas capacidades. Segundo Pereira (2017), o conhecimento encontra-se em constante desenvolvimento e o exercício de uma prática baseada na evidência permite “dotar os serviços de melhores cuidados, promove a igualdade, reduzindo as iniquidades em saúde” (p. 110).

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação são: J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da mecânica corporal e da sua cidadania; J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

No que diz respeito às competências específicas do EEER considero que estas foram adquiridas durante estes estágios. Durante a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em primeiro lugar devemos realizar a avaliação da funcionalidade da pessoa e diagnosticar as alterações existentes para posteriormente estabelecer o plano de cuidados adequado a cada pessoa. Para a realização desta avaliação é de extrema importância a utilização de instrumentos de avaliação, frequentemente denominados como “Escala”, que permitem não só caracterizar a condição e limitações da pessoa, como monitorizar ao longo do processo de reabilitação a evolução dos parâmetros avaliados (OE, 2016). Durante estes estágios tive a oportunidade de utilizar diversos instrumentos de avaliação, como é evidente nos estudos de caso realizados nos dois contextos de estágio (Apêndices IV e V), o que me permitiu além de perceber a importância dos mesmos, conseguir colocá-los em prática e adaptá-los à minha prática profissional.

Após o diagnóstico das limitações existentes tive oportunidade de conceber e implementar planos de cuidados adequados a cada pessoa, com o objetivo de contribuir para a sua melhoria. Delineei e implementei intervenções de Enfermagem de Reabilitação com vista à sua capacitação, colocando sempre a pessoa como centro do cuidado, definindo objetivos com a mesma, nunca me esquecendo da sua autonomia e contribuindo sempre para a recuperação e maximização da sua independência e funcionalidade.

Neste contexto convém referir a importância de capacitar não apenas a pessoa como a sua família, como parte integrante do processo de cuidar, pelo que o EEER deve ser capaz de ensinar a pessoa e sua família a viver com a sua nova condição de saúde no seu ambiente o mais independentemente possível. Para isso, tem que perceber quais as necessidades pessoais e familiares no que diz respeito a ensinamentos a realizar e a disponibilidade que os membros da família demonstram para aprender. O EEER deve dar informação necessária à pessoa e familiar sobre a sua condição de saúde, as suas limitações e as estratégias a utilizar para se tornar mais independente. Deve ainda conseguir transmitir ao familiar que apesar da pessoa necessitar de ajuda, é importante que vá sendo estimulado para que se torne o mais independente possível. Estas informações tornam os familiares mais seguros e mais participativos no plano de cuidados e contribuem para a melhores resultados na funcionalidade da pessoa (Habel, 2011).

Apesar das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER terem sido adquiridas ao longo do estágio, os objetivos específicos definidos por mim no âmbito da temática “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade” não foram atingidos, uma vez que durante o estágio não tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas que necessitassem dessas intervenções. No entanto, tive oportunidade de intervir com pessoas que tinham sofrido AVC e, na avaliação neurológica efetuada, avaliar a memória, atenção e comunicação, onde pude constatar que não apresentavam alterações. Foi possível ainda, prestar cuidados a uma pessoa com alteração da linguagem resultante de AVC, ocorrido em 2017, pelo que a própria pessoa já conseguia comunicar através de comunicação não verbal e até falar, mas ainda a necessitar de cuidados de enfermagem de reabilitação, como demonstrado no estudo de caso que elaborei (Apêndice IV).

O estágio permitiu-me adquirir competências ao nível da comunicação e compreender a importância de estar atenta a qual dos sistemas de comunicação são mais utilizados por cada pessoa e adequá-los à prestação de cuidados, principalmente em pessoas desorientadas (O'Rourke, Power, O'Halloran & Rietdijk, 2018), nas quais nem sempre a comunicação verbal é a mais eficaz para a implementação do plano de cuidados, como é evidente no estudo de caso realizado no contexto de medicina (Apêndice V). Nestes casos devemos utilizar estratégias que nos permitam tornar a comunicação mais eficaz e o estabelecimento de uma relação terapêutica que nos permita a obtenção dos resultados esperados, ou seja, a concretização da transação em enfermagem (King, 1984).



## **4. TRANSAÇÃO DE ENFERMEIRO GENERALISTA PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

King (1984) assume que através da percepção e da comunicação é estabelecida uma interação, que deve conduzir a uma transação de modo a alcançar os objetivos traçados. Para perceber as interações humanas deve-se encarar as transações como valores nas situações de enfermagem. Isto conduz ao crescimento e desenvolvimento pessoal do enfermeiro e da pessoa cuidada e numa satisfação nos cuidados, contribuindo para o bem-estar e saúde da pessoa.

Fazendo uma analogia para este percurso académico, considero ter existido comigo ao longo desta caminhada um conjunto de situações que conduziram a mudanças e crescimento profissional e pessoal que me levaram a atingir as competências necessárias para me tornar EEER. Através de diversas situações de aprendizagem, nomeadamente o período teórico, o desenvolvimento do projeto de aprendizagem e a prática de cuidados que se evidenciou nos estágios, existiram mudanças que me fizeram progredir de enfermeira generalista a enfermeira especialista. Isto é, existiu um conjunto de fatores que me conduziu a uma transação e a alcançar os objetivos delineados ao longo do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação.

Os objetivos traçados no projeto de aprendizagem foram alcançados ao longo do estágio. Todavia, relativamente ao 'Capacitar a pessoa com alterações da comunicação e sua família para a sua readaptação e reintegração social', não ocorreram situações de aprendizagem que me permitissem desenvolver intervenções de ER. Porém, foram desenvolvidas todas as competências específicas do EEER e neste momento considero que consigo planear cuidados de ER, numa abordagem centrada na pessoa e família, capacitando-a e maximizando a sua funcionalidade.

Tendo sido o meu foco a comunicação com a pessoa, permitiu-me também uma reflexão sobre o meu desempenho. Como futura EER, e atendendo aos pressupostos da King, analisei a comunicação que estabeleço com as pessoas de quem cuido, a importância da interação que estabeleço e que só assim é possível atingir à transação, ou seja, ter um cuidado centrado na pessoa e considerá-la parte integrante na tomada de decisão sobre aos cuidados a prestar (Marques, 2015).

O mestrado em enfermagem de reabilitação permitiu-me relembrar e aprofundar vários conhecimentos, começando pela anatomia e fisiologia que envolve as estruturas do corpo que condicionam todo o processo reabilitativo. Este aspeto, além de ser de extrema importância para a prestação de cuidados à pessoa, torna-se também essencial para adquirir uma maior

percepção de que a postura que adotamos durante a prestação de cuidados pode prevenir e/ou agravar sequelas decorrentes de mau posicionamento. Neste sentido ajudou-me a ter uma melhor noção da postura corporal e a melhorá-la.

Inclusive, fez com que percebesse a importância do estabelecimento de um plano de reabilitação para a pessoa cuidada. No local onde trabalho sempre existiu comunicação entre os diversos profissionais, mas por vezes cada um se focava no seu trabalho. Neste momento, apesar de continuar cada um com o foco nas suas competências, debruçamo-nos mais sobre a pessoa e o que ela necessita em cada momento. Existe maior comunicação e troca de opiniões entre os diversos profissionais para o estabelecimento de um plano de cuidados adequado e diferenciado para cada pessoa. Durante este processo de aprendizagem, como futura EER, na procura de uma melhor gestão dos cuidados, promovi a deleção de funções e uma melhoria da comunicação entre a equipa. O que se tornou muito gratificante e faz-me sentir que este percurso valeu a pena e me fez crescer ainda mais enquanto profissional e membro de uma equipa interdisciplinar.

Além dos conhecimentos adquiridos também aprendi a ser mais segura e mostrar mais confiança às pessoas a quem presto cuidados em relação ao seu processo de reabilitação. Anteriormente, privilegiava a minha intervenção, numa perspetiva de operacionalização dos cuidados e preferia fazer determinadas atividades, porque o tempo era escasso ou porque tinha receio que a pessoa caísse ou se magoasse. Neste momento percebi a importância de dar tempo e espaço à pessoa para realizar de forma mais independente possível as suas atividades de vida diária, estimulando-as e incentivando-as a contribuir para a sua melhoria contínua e a recuperação da sua funcionalidade, explicando, contudo, os riscos inerentes, nomeadamente o de queda e a forma como o evitar, colocando em prática a abordagem centrada na pessoa.

Em relação à reabilitação respiratória, compreendi a sua importância e o contributo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O Curso de Mestrado, com a sua componente teoria e prática, fez-me integrar os conhecimentos relativos às diversas técnicas respiratórias para a melhoria do conforto e do estado clínico da pessoa com patologia respiratória.

No que concerne ao tema do projeto delineado inicialmente, apesar de no estágio não ter sido possível colocar em prática, no meu contexto profissional, sinto algumas mudanças no meu desempenho, nomeadamente, na comunicação com pessoas com alteração da comunicação, incentivando-as a comunicar através da escrita, de gestos ou até de tabelas de imagens, em articulação com a terapia da fala e com os restantes profissionais. Além disso, concretizo a importância de dar tempo à pessoa para se expressar e do reforço positivo. Este aspeto é de extrema importância porque quando a pessoa consegue comunicar também se mostra mais participativa no seu plano de cuidados, o que proporciona uma

melhoria da satisfação dos cuidados e, conseqüentemente, uma maior motivação para continuar a trabalhar na sua capacitação.

De acordo com King (1984), transações são comportamentos humanos que têm como foco um determinado objetivo. São de valor para os intervenientes pois implica interações entre ambos para alcançar o objetivo traçado. Quando ocorrem transações diminui a tensão e o stress.

Durante o estágio tive oportunidade de experimentar/verificar várias transações, sendo os mais evidentes:

- Melhoria da pessoa e melhor participação da mesma no seu processo reabilitativo após interação com ela e o estabelecimento do plano de cuidados;

- Aquisição de conhecimentos e competências de EEER que me permitiram crescer pessoal e profissionalmente. A realização do projeto permitiu-me a aquisição de conhecimento teórico acerca da comunicação e todas as envolventes na mesma. Apesar de estarmos em constante comunicação e interação com os outros e com o meio ambiente, nem sempre nos apercebemos disso. A elaboração do projeto permitiu-me refletir sobre a importância de estar mais atenta à comunicação e à interação para o desenvolvimento de relações terapêuticas e de confiança entre o EEER e a pessoa cuidada e sua família. Durante o estágio tive oportunidade de colocar em prática o conhecimento adquirido durante o projeto e adequar o método de comunicar a cada pessoa, aplicando a abordagem centrada na pessoa e nos objetivos da mesma, conseguindo no final verificar a melhoria da pessoa com vista à maximização da sua funcionalidade. Este processo foi bastante enriquecedor, sentindo-me neste momento confiante e apta para prestar autonomamente intervenções de enfermagem de reabilitação.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão de enveredar neste percurso académico que foi o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação baseou-se inicialmente em querer colmatar algumas necessidades que sentia no meu local de trabalho (Unidade de Média Duração e Reabilitação).

Durante o estágio, considero que um dos fatores que dificultou foi a gestão de tempo e emoções, isto é, conciliar as horas de estágio com o horário laboral e ainda algumas condicionantes a nível pessoal. Todos estes condicionantes contribuíram para um aumento de cansaço e diminuição da capacidade de concentração, o que conduziu a que a fase do estágio em que me devia sentir mais apta para prestar cuidados, me sentisse um pouco menos focada e com menos segurança e confiança para evoluir e ser mais proactiva. Em retrospectiva, esta dificuldade pode ser encarada como uma aprendizagem a nível pessoal e profissional, uma vez que enquanto pessoa, enfermeira e futura EEER, muitas serão as adversidades que vou encontrar, mas tal como no estágio tem que prevalecer a vontade de aprender, crescer e me tornar a cada dia melhor profissional, mais confiante e segura na prestação de cuidados. Com este percurso a terminar, considero que todo o cansaço e toda a gestão da vida profissional, familiar, social com a vida de estudante se tornou mais uma vitória e sem dúvida contribui imenso para o meu crescimento e aprendizagem pessoal e profissional. Com o apoio de todos os que me rodearam consegui adquirir as competências de EEER.

Estes dois estágios permitiram-me perceber a eficácia da articulação entre as diversas equipas de saúde. Neste aspeto, acho que ainda há muito a fazer, porque pela experiência que tive no internamento hospitalar e na ECCI e pela experiência que tenho no meu local de trabalho, percebo que nem todas as equipas estão despertas para a referenciação das pessoas de modo a assegurar a continuidade de cuidados, nem qual a equipa para a qual a pessoa deve ser referenciada. Este facto devia ser colmatado através de formação em todas as equipas, em que fosse explicado a todos a importância e a diferença das equipas existentes na comunidade de modo que todas as pessoas com necessidades de cuidados em contexto comunitário fosse referenciada para a equipa adequada.

No futuro pretendo continuar a investir em formações que me permitam colmatar e aprofundar alguns conhecimentos de modo a tornar-me cada vez melhor profissional, envolvendo-me numa formação contínua que irá permitir uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Além disso, pretendo continuar a empenhar-me

para colaborar com a equipa no qual eu estou inserida para que com os conhecimentos adquiridos consiga contribuir para a capacitação e maximização da funcionalidade da pessoa.

Enquanto futura EEER pretendo conseguir contribuir para melhorar os cuidados de reabilitação da equipa em que me insiro e participar ativamente no planeamento e implementação dos planos de cuidados e na recuperação da independência da pessoa para que ela regresse ao seu domicílio, criando estratégias de adaptação tendo em conta as limitações da pessoa.

Em relação ao projeto delineado inicialmente, espero que em conjunto com a equipa de reabilitação na qual eu estou inserida, principalmente com a terapeuta da fala, consiga aplicá-lo. Espero ser capaz de estabelecer planos de intervenção individualizados de acordo com as necessidades de cada pessoa com alteração da comunicação e perceber junto da equipa quais as dificuldades sentidas na prestação de cuidados às mesmas, contribuindo com um plano de formação acerca das estratégias de comunicação que podem ser utilizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia do colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação. (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 28 de fevereiro de 2020. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Boss, B. J., & Wilkerson, R. B. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ªed.) (pp.387-410). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. S. (2017). Equipa de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 25-34). Loures, Lusodidacta
- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall- O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: Editora McGRAW-HILL de Portugal, Lda.
- Caldas, A. C. (2017). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 145-158). Loures, Lusodidacta
- Carvalho, A. (Coord.), Dias, C., Morais, A., Veríssimo, M. T., Sousa, M. C. , Campos, L. ... Maia, G. (2016). *Rede de referência hospitalar Medicina Interna*. Acedido a 19 de julho de 2021. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
- Chiou, H. S. & Yu, Y. (2018). Measuring life participation, communicative confidence, language, and cognition in people with aphasia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3 (2), 4-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1044/persp3.SIG2.4>
- Chu, C., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Huerta, B., & McGilton, K. (2017). An interprofessional communication training program to improve nurses' ability to communicate with stroke patients with communication disorders. *Rehabil Nurs*, 43(6). doi: 10.1097/rnj.0000000000000041

Connolly, T. & Maahoney, E. (2018). Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3979-3987. Doi: 10.1111/jocn.1456

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. *Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República – I Série – A, nº 109, de 6 de junho de 2006. Acedido em 20 de janeiro de 2020. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei\\_101\\_2006-1.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf).

Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República – 2.ª Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 23 de março de 2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 35-39). Loures, Lusodidacta

Goulart, B. N. G., Almeida, C. P. B., Silva, M. W., Oenning, N. S. X., & Lagni, V. B. (2016). Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiology Communication Research*, 21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>

Habel, M. L. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ªed.) (pp.387-410). Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Destaque- Informação à comunicação social. Causas de morte 2018*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 28 de junho de 2021. Disponível em [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=420057076&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=420057076&att_display=n&att_download=y)

Jensen, L., Lovholt, A., Sorensen, I., Bludnikow, A., Iversen, H., Hougard, A., Mathiesen, L., & Forchhammer, H. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29 (1), 57-80. Doi: [doi.org/10.1080/02687038.2014.955708](http://doi.org/10.1080/02687038.2014.955708)

- Keutchafo, E. L. W., Kerr, J., & Jarvis, M. A. (2020). Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review. *BMC Nursing*, 19:53. doi: 10.1186/s12912-020-00443-9
- King's College London (2017). *The burden of stroke in Europe – The challenge for policy makers*. Acedido em 28 de fevereiro de 2020. Disponível em [http://www.strokeeurope.eu/downloads/The\\_Burden\\_of\\_Stroke\\_in\\_Europe\\_-\\_Challenges\\_for\\_policy\\_makers.pdf](http://www.strokeeurope.eu/downloads/The_Burden_of_Stroke_in_Europe_-_Challenges_for_policy_makers.pdf)
- King, I.M. (1984). *Enfermeria como profesión – Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa
- Lee, H., Lee, Y., Choi, H. & Pyun, S-B. (2015). Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56 (6), 1694-1702. Doi: 10.3349/ymj.2015.56.6.1694
- Martins, I. P. (2013). Funções cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (Coord.), *Neurologia fundamental -princípios, diagnóstico e tratamento* (pp 1-24). Lisboa, Lidel
- Martins, I. P. (2018). Organização cerebral da linguagem. In J. Fonseca (Coord.), *Afasia e comunicação após lesão cerebral-definição, classificação e reabilitação* (pp 37-49). Lisboa: Papa-Letras
- Martins, M. M., Martins, A. C. & Martins, A. R. (2017). Reeducação familiar/social-reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 67-76). Loures, Lusodidacta
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F. & Wilson, V. (2015). Person-centredness - the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Suppl.1), 1-15. Acedido a 16 de junho de 2021. Disponível em <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4821&context=smhpapers>
- McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H. ... Sidani, S. (2018). The effects of an interprofessional patient-centred communication intervention for patients with communication disorders. *Applied Nursing Research* 39, 189–194. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.017>

- Marques, M. F. (2015). Aprender a decidir em tempos de escola: a formação superior e a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados. *Revista Lusófona de Educação*, 29, 221-224. <https://www.redalyc.org/pdf/349/34941151015.pdf>
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 28 de fevereiro de 2020. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
- Norma 001/2017 (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde. Acedido a 27 de julho de 2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Colégio da Especialidade de Reabilitação. Lisboa. Acedido em 28 de abril de 2020. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros, OE (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Colégio da Especialidade de Reabilitação. Lisboa. Acedido em 28 de fevereiro de 2020. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Acedido em 28 de fevereiro de 2020. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- O'Rourke, A., Power, E., O'Halloran, R., & Rietdijk, R. (2018). Common and distinct components of communication partner training programmes in stroke, traumatic brain injury and dementia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1150–1168. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12428>
- Page, C. G., Marshall, R. C., Howell, D. & Rowles, G. D. (2018). Use of communication plans by certified nursing assistants: little things mean a lot. *Aphasiology*, 32 (5), 559-577. Doi: 10.1080/02687038.2017.1376307
- Parente, A., Dias, S., Reis, S., Pinto, F. & Figueiredo, C. (2009). *A comunicação do doente afásico*. *Sinais Vitais*. 70. Acedido em 30 de junho de 2020. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3473-a-comunicacao-do-doente-afasico#.XTdCbuhKjIU>

- Pereira, R. (2017). Enfermagem baseada na evidência: um desafio, uma oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 101-111). Loures, Lusodidacta
- Pontes, M. M. (2017). Doença crónica. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 487-500). Loures, Lusodidacta
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 01 de outubro de 2020. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte\\_filter=33&date=2019-05-01&drelid=122202664](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&drelid=122202664)
- Ribeiro, T., Serranheira, F., & Loureiro, H. (2017). Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses. *Applied Nursing Research*, 33, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.003>
- Salgueiro, J. P. L. (2014). *Dificuldade dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos* (Dissertação de Mestrado). Acedido a 20 de janeiro de 2021. Disponível em [https://sigarra.up.pt/fadeup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=34066](https://sigarra.up.pt/fadeup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=34066)
- Santos, A. E., Duarte, C. B., & Rego, A. C. (2017). Acidente vascular cerebral e isquémia neuronal. In A. C. Rego, C. B. Duarte & C. R. Oliveira (Coord.), *Neurociências* (pp 513-539). Lisboa, Lidel
- Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp 15-23). Loures, Lusodidacta.
- Sequeira, C. (2016a). A comunicação. In C. Sequeira (Coord.). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp.2-7). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2016b). Tipos de comunicação. In C. Sequeira (Coord.). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp.22-37). Lisboa: Lidel.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016a). *Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC): Manual digital para jornalistas*. Lisboa: Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 06 de junho de 2020. Disponível em

[http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf)

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016b). *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC): Guia prático para a população*. Lisboa: Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 06 de junho de 2020. Disponível em [http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/articles/GUIA%20AVC%20POPULACAO\\_final.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/articles/GUIA%20AVC%20POPULACAO_final.pdf)

Talarico, T. R., Venegas, M. J., & Ortiz, K. Z. (2010). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *CEFAC*. Acedido em 20 de junho de 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010ahead/36-10.pdf>

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Editora Cultrix

World Health Organization (2018). *The top of 10 causes of death*. Acedido em 28 de fevereiro de 2020. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

## **APÊNDICES**





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

Projeto de Estágio

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à  
Pessoa com Alteração da Comunicação por  
Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade**

**Vera Lúcia Tavares Santos**

**Lisboa**

**2019**





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

Projeto de Estágio

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à**  
**Pessoa com Alteração da Comunicação por**  
**Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade**

**Vera Lúcia Tavares Santos**

**Orientação: Professora Doutora Maria de Fátima Marques**

**Lisboa**

**2019**



## **LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS**

OE – Ordem dos Enfermeiros

AVC – Acidente Vascular Cerebral

OMS – Organização Mundial de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG - Eletrocardiograma

AVD – Atividades de vida Diária

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

CAT – COPD Assessment Test

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ECL - Equipa Coordenadora Local

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	11
1.1. Título .....	11
1.2. Questão de investigação .....	11
1.3. Palavras-chave.....	11
1.4. Data de início.....	11
1.5. Duração .....	11
2. REVISÃO SCOPING .....	13
2.1. Background.....	13
2.2. Critérios de Inclusão.....	21
2.2.1. Tipo de participantes.....	21
2.2.2. Conceito .....	22
2.2.3. Contexto .....	22
2.2.4. Tipos de Estudo .....	22
2.3. Estratégia de Pesquisa.....	22
2.3.1. Proposta para extração de resultados .....	24
2.3.2. Apresentação de resultados.....	24
3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM- TEORIA DA CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING (1984) .....	27
4. CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	31
5. OBJETIVOS.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
APÊNDICES	
APÊNDICE 1- Diagrama de Scoping	
APÊNDICE 2 - Quadro de Extração de Resultados	
APÊNDICE 3 - Guiões de Entrevista	
APÊNDICE 4- Descrição dos Contextos de Estágio	
APÊNDICE 5 -Definição de objetivos específicos e atividades a desenvolver	

APÊNDICE 6- Cronograma

APÊNDICE 7- Apresentação de 6 de junho de 2019

APÊNDICE 8 - Apresentação de 11 de julho de 2019

ANEXOS

ANEXO 1- Correspondência geral entre tipos de afasia e lesão hemisférica esquerda

ANEXO 2- Classificação dos quadros de afasia de acordo com os critérios: fluência, compreensão, nomeação e repetição

ANEXO 3- Avaliação das Afasias: Procedimentos e comportamentos

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Diagrama esquemático da Teoria de Consecução de Objetivos.....	27
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Combinação de descritores e resultado da pesquisa nas bases de dados .....	23
--	----

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, surge a proposta da realização de um projeto de estágio e a sua respetiva implementação. Neste sentido, entendi como pertinente desenvolver um projeto na área da comunicação e, mais especificamente, da linguagem, uma vez que a comunicação faz parte da função cognitiva que é assumida pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) como uma das Áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

A comunicação é “uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano” (Sequeira, 2016a, p.3). A comunicação é essencial para os profissionais de saúde, pois as profissões de saúde são profissões de relação, o que pressupõe uma constante interação com a pessoa e sua família e entre os próprios profissionais (Sequeira, 2016a). A linguagem, por sua vez, é uma característica do ser humano e possibilita a comunicação entre os diversos indivíduos (Sequeira, 2016b).

As pessoas com alteração da linguagem, como a afasia, apresentam redução da participação nas suas atividades (Chiou & Yu, 2018) e também diminuição da qualidade de vida. Estas questões tendem a ser subestimadas devido à capacidade de comunicação limitada. É importante um programa focado na melhoria da comunicação, participação social e gestão do sofrimento emocional (Lee, Lee, Choi & Pyun, 2015).

Durante a recuperação, as pessoas desejam um sistema de suporte e maior contacto com os profissionais de saúde que se concentrem nas suas necessidades e preocupações individuais (Connolly & Mahoney, 2018). Cuidar de pessoas com alterações de comunicação secundárias a Acidente Vascular Cerebral (AVC) requer enfermeiros que tenham competências para saber comunicar de forma eficaz (McGilton et al., 2018). Porém, nem sempre isto acontece. Muitos profissionais de saúde não se sentem seguros ou não estão preparados para comunicar com estas pessoas (Page, Marshall, Howell & Rowles, 2018).

Por sentir também esta dificuldade no meu contexto de prática clínico, em que uma grande parte das pessoas que estão internadas sofreram AVC e algumas delas apresentam alterações ao nível da comunicação e com vista a colmatar essa dificuldade, decidi que o meu projeto de estágio teria o título “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade”. Faz parte dos Padrões de Qualidade Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a readaptação e reeducação funcional (OE, 2018), que é importante na pessoa com alteração da comunicação, uma vez que a comunicação é fulcral para a pessoa se integrar na sua família e comunidade e, muitas vezes, as famílias e amigos não sabem como comunicar e, por isso, a pessoa acaba por se isolar. Por isso, é essencial que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) implemente estratégias que permitam à pessoa e sua família reintegrar-se no seu meio e, nesse sentido, pretendo, além de desenvolver competências na área da comunicação e analisar as intervenções a ser implementadas, aplicar nos locais de estágio e no meu contexto de trabalho, um plano para formação sobre as diversas intervenções aos profissionais que sentem dificuldades na comunicação.

Por outro lado, existe uma associação entre a alteração da comunicação e a alta da pessoa para ambientes institucionais, isto é, pessoas com AVC que apresentem dificuldades na compreensão auditiva, e/ou oral apresentam uma maior tendência para integrarem, após o AVC, alta para instituições inseridas na comunidade e, por isso, é essencial a avaliação precoce das alterações da linguagem e a implementação de planos de cuidados que deem ênfase à comunicação para que seja mais fácil o Pessoa regressar ao seu domicílio (González-Fernández, Christian, Davis & Hillis, 2012). Por isso, o contexto escolhido para o projeto foi a comunidade.

Para a elaboração deste projeto foi elaborado uma revisão scoping que pretendeu responder à seguinte questão: Quais são as intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração resultante de Acidente Vascular Cerebral inserida na comunidade?

Ao longo deste documento irei fazer uma descrição do projeto e a revisão scoping. Posteriormente, irei fazer alusão ao modelo teórico utilizado e aos contextos de estágio onde será desenvolvido o projeto. De seguida, irei expor os objetivos do projeto e as atividades a serem elaboradas para os alcançar, e por fim, estarão presentes as considerações finais e as referências bibliográficas.



# **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

## **1.1. Título**

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade.

## **1.2. Questão de investigação**

Quais são as intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração resultante de Acidente Vascular Cerebral inserida na comunidade?

- População: Adulto com Acidente Vascular Cerebral;
- Conceito: Intervenções de enfermagem de reabilitação; Alterações da Comunicação;
- Contexto: Comunidade.

## **1.3. Palavras-chave**

- Enfermagem de Reabilitação; Adulto; AVC; Comunicação; Linguagem.
- Rehabilitation nursing; Adult; Stroke; Communication; Language.

## **1.4. Data de início**

24 De setembro 2019

## **1.5. Duração**

24 De setembro de 2019 a 8 de fevereiro de 2020



## **2. REVISÃO SCOPING**

### **2.1. Background**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o AVC é definido como o “comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular” (p. 1-6). De acordo com Ferro (2013) o AVC afeta uma zona localizada no encéfalo e produz sinais e sintomas causados pela perda da de função de acordo com a área afetada.

O AVC afeta, por ano, cerca de 17 milhões de pessoas em todo o mundo (613 148 na União Europeia em 2015), sendo considerada a segunda principal causa de morte e uma das principais causas de incapacidade no adulto (King’s College London, 2017). Segundo a World Health Organization (2018), em 2016 o AVC foi considerada como a segunda causa de morte a nível mundial e, em conjunto com a doença isquémica cardíaca, foi responsável por 15,2 milhões de óbitos.

No que diz respeito aos custos, a nível europeu, estima-se que o AVC seja responsável por cerca de 45 biliões de euros em 2015, sendo menos de metade relacionados com internamento hospitalar. A maioria dos custos estão associados à morbilidade e mortalidade da pessoa e com os cuidadores informais (King’s College London, 2017).

Apesar do que foi que foi descrito anteriormente, houve, nas últimas duas décadas, uma redução da proporção das pessoas com AVC. Porém, o número de casos na União Europeia tem tendência a aumentar e estima-se que entre 2015 e 2035 aumente em cerca de 34% (de 613,148 para 819,771 casos), devido ao aumento da esperança média de vida (King’s College London, 2017). Portugal segue, também esta tendência, sendo que 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos e um milhão de pessoas tem 75 ou mais anos (Ministério da Saúde, 2018).

Com a melhoria da sobrevivência após o AVC, aumenta, conseqüentemente, o número de pessoas com comorbidades resultantes do AVC. Assim, estima-se que entre 2015 e 2035 aumente em 25% (de 3,718,785 para 4,631,050 casos) na União Europeia o número de pessoas sobreviventes de AVC com sequelas (King's College London, 2017).

Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC (2016a), a dimensão das sequelas depende de vários fatores como a área cerebral afetada, a extensão das lesões e o tempo que se demora a atuar entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a implementação da terapia. Todas as sequelas, desde as ligeiras às mais graves, afetam a qualidade de vida da pessoa e da sua família, obrigando a mudanças a nível pessoal, familiar, social e profissional de ambos. Estas sequelas podem ser diversas, como por exemplo: Afasia, disfagia, hemiparésia, ataxia, epilepsia, incontinência urinária e fecal, alterações cognitivas (perda de memória e pensamento confuso) e alterações da sensibilidade. Estas condições interferem na qualidade da vida das pessoas e no retorno à sua vida.

Apesar de ser atribuída por parte das Pessoas uma maior importância à recuperação motora, não deve ser desvalorizada a reabilitação das alterações cognitivas (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016b). Estas podem ser várias, tais como o processamento mais lento da informação, alterações na orientação, memória, visão ou linguagem (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016b).

Mais de 50% das pessoas que sofreram AVC apresentam distúrbios de comunicação (Goulart et al., 2016).

Os distúrbios ao nível da comunicação variam de acordo com a área cerebral afetada, uma vez que a produção da fala e da linguagem envolvem diversas áreas do córtex cerebral. Das alterações da linguagem, as mais frequentes são a afasia, que decorre de uma lesão focal e das alterações motoras da fala as mais frequentes são a disartria e a apraxia (Talarico, Venegas & Karin, 2010). Em Portugal, metade dos sobreviventes de AVC poderão ficar permanentemente e, embora não existam dados

oficiais, estima-se que a cada ano surjam cerca de 8000 casos de afasia (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016a).

Segundo Sequeira (2016a), a comunicação é “

um processo dinâmico, complexo e permanente, por meio do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens, com a finalidade de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. Este processo permite uma adaptação ao ambiente, bem como modificá-lo e transformá-lo, construindo a realidade social. (p.2)

A comunicação é uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do ser humano e é fulcral para os profissionais de saúde, pois estes estão em constantes processos de interação tanto entre si como com o Pessoa e a sua família (Sequeira 2016a).

Segundo Sequeira (2016b), a comunicação pode ser verbal ou não verbal. A comunicação verbal refere-se ao tipo de comunicação que recorre a palavras, sendo escrita ou oral. Em relação à comunicação não-verbal, esta “está presente nas mensagens paraverbais (tonalidades, sons, choro, gaguejo) e não-verbais (postura corporal, contacto ocular, toque, movimentos faciais, proximidade entre os membros), visando a compreensão analógica da informação comunicacional” (p.30). A comunicação não verbal envolve vários sistemas, sendo eles:

6. Cinestésico, que está relacionado com o movimento e subdivide-se em subsistema gestual e postural (expressões faciais, das mãos e do corpo e a postura refere-se a posição adotada pelo corpo), subsistema ocular (o olhar e o que ele informa-estados emocionais, cognitivos e intencionais) e subsistema de contacto (contacto visual, auditiva e físico entre duas ou mais pessoas - tacésica);

7. Proxémico, que se refere ao uso que o homem faz do espaço, que é influenciado pelos seus padrões culturais;

8. Cronémico, que diz respeito às formas de gestão do tempo;

9. Diacrítico, que implica os códigos de vestuário e do cuidado com a imagem;

10. Paralinguístico, que envolve qualquer som produzido pelo aparelho fonador sem ser a própria palavra ou frase e inclui por exemplo, o tom e volume da voz, o ritmo, a dicção e as pausas.

Segundo Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), a comunicação humana subdivide-se em três áreas, sendo estas a sintaxe, a semântica e a pragmática, sendo a sintaxe relacionada com a transmissão de informação, a semântica focada no significado da informação e a pragmática descreve os efeitos comportamentais da comunicação. Estes autores definem alguns axiomas da comunicação. O primeiro é a impossibilidade de não comunicar, uma vez que todo o comportamento é comunicação e, de forma consciente ou inconsciente estamos constantemente a comunicar com o que nos rodeia. O segundo axioma prende-se com o conteúdo e níveis de relação e defende que a comunicação além de transmitir informação impõe um comportamento e implica um compromisso, que define a relação. O terceiro axioma implica a pontuação da sequência de eventos e pressupõe que a interação implica uma troca de mensagens entre os comunicantes. O quarto axioma diz respeito à comunicação digital e analógica e pressupõe que os seres humanos comunicam digitalmente, através das leis da sintaxe e da semântica e analogicamente recorrendo à simbologia. Por fim, o quinto axioma refere-se à interação simétrica e complementar, defendendo que a comunicação pode ser feita de uma forma ou outra, sendo a simétrica quando as pessoas amplificam as semelhanças comunicacionais e a complementar quando existe uma pessoa que dá e outra que recebe.

A comunicação envolve competências pragmáticas, cognitivas e linguísticas. A competência linguística envolve a linguagem, que é o “sistema de sinais simbólicos utilizado por uma pessoa para comunicar com uma com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e receptivo (compreensão)” (Boss & Wilkerson, 2011, p. 525).

A função da mediação da linguagem na maioria das pessoas situa-se no hemisfério esquerdo e as estruturas neuro-anatómicas primárias que fazem parte da componente linguística são a área de Wernicke (responsável pela linguagem falada), o giro angular (leitura e funções não verbais da linguagem) e a área de Broca

(expressão da linguagem). A rede linguística inclui também estruturas sub-corticais como os gânglios da base e o tálamo (Boss & Wilkerson, 2011).

Segundo Boss e Wilkerson (2011) um distúrbio na linguagem “pode ser considerado uma diminuição na compreensão e/ou uso da fala, escrita e/ou outro sistema simbólico” (p. 527). A afasia é uma perturbação da linguagem adquirida subitamente por lesão cerebral, afetando a expressão e compreensão oral e a leitura e escrita (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016a) e manifesta-se por sons incorretos das palavras, incorreta escolha de palavras ou gramática incorreta. (Boss & Wilkerson, 2011). Existem diversos tipos de afasia, que estão diretamente relacionados com o local da lesão, como explica o quadro da correspondência geral entre tipos de afasia e lesão hemisférica esquerda de Martins (2018), que se encontra no anexo 1.

A avaliação da linguagem oral e da afasia inclui quatro provas: caracterização da fluência do discurso, nomeação, compreensão e repetição de palavras (Martins, 2013).

A fluência é a facilidade em produzir discurso e pode ser avaliada enquanto se conversa com o Pessoa (Martins, 2013). Segundo Martins (2013) definição de fluência implica sete componentes, sendo estes:

8. Débito: “número de palavras produzidas por unidade de tempo” (p.169), sendo que a média normal é de cerca de 200 palavras por minuto;
9. Esforço produtivo: dificuldade na produção das palavras;
10. Articulação das palavras: relacionado com a área motora;
11. Comprimento das frases: a pessoa pode utilizar frases muito curtas, sem utilizar partículas de ligação;
12. Prosódia: melodia, ritmo, inflexão e timbre da produção do discurso;
13. Características do léxico: muitas vezes a pessoa compreende a situação mas não consegue encontrar o léxico adequado para a definir;
14. Parafrasias: alterações na estruturas das palavras (Caldas, 2000).

Assim, o discurso pode ser classificado como fluente ou não fluente. No discurso fluente verifica-se um débito normal ou elevado, é produzido sem esforço e com a linha melódica normal. Este discurso pode parecer normal, mas é pobre em ideias e pode conter diversas parafasias. No discurso não-fluente o débito é baixo e o discurso é produzido com esforço, sendo composto por frases curtas ou palavras soltas e existe uma perda da linha melódica. A nível anatómico, dividindo o hemisfério esquerdo através de um plano coronal que atravessa o rego de Rolando, verificamos que as afasias não fluentes estão relacionadas com lesões pré-rolândicas (frontais), enquanto as afasias fluentes se relacionam com as retrorrolândicas (temporoparietais) (Martins, 2013).

A nomeação reflete-se na atribuição de um nome a um objeto, sendo que todas as pessoas com afasia apresentam dificuldade na nomeação (anomia). A nomeação pode ser afetada por diversos problemas, podendo estes ser resultantes de defeitos no campo visual, problemas de atenção, presença de agnosias, produção de parafasias semânticas ou fonológicas, dificuldade no acesso ao léxico, dificuldade na articulação do discurso (disartria) (Caldas, 2000). Existe evidência que a produção de verbos depende da região frontal do hemisfério esquerdo, enquanto a produção de substantivos depende do lobo temporal esquerdo (Martins, 2013).

Relativamente à compreensão auditiva, esta pode ser avaliada a nível fonológico, lexical, semântico e sintático. Para o estudo do nível fonológico deve-se variar a constituição das palavras e avaliar o seu impacto na compreensão, a nível léxico/semântico estuda-se através da compreensão dos nomes dos objetos. O nível sintático estuda-se pela compreensão de frases (Caldas, 2000). A compreensão das palavras depende do lobo temporal, enquanto a compreensão de frases mais complexas depende do lobo frontal (Martins, 2013).

A repetição de palavras implica perceber se a pessoa é capaz de repetir ou não corretamente as palavras (Caldas, 2000). Para isso, pede-se à pessoa para repetir palavras curtas e familiares, ao início e progressivamente inicia-se a repetição de palavras mais longas e difíceis ou pseudopalavras, testando, assim, a memória semântica (palavras conhecidas) e fonológica (pseudopalavras). A capacidade de

repetição está relacionada com as estruturas vizinhas do rego de Sylvius: a área de Wernicke (análise, segmentação e descodificação das palavras), a ínsula, a região parietal inferior (memória fonológica) e a área de Broca (programação do discurso) (Martins, 2013). De acordo com estes critérios/componentes da linguagem, pode-se classificar e avaliar os diversos tipos de afasia como demonstra, respetivamente, Caldas (2000), através do quadro de classificação de afasias (Anexo 2) e do quadro da avaliação das afasias (Caldas, 2017 (Anexo 3)).

O conhecimento dos vários tipos de défices de comunicação ajuda o EEER a reconhecer e avaliar os mesmos quando estão presentes na pessoa. Este conhecimento reveste-se de grande importância no planeamento de intervenções apropriadas para assistir na comunicação (Boss & Wilkerson, 2011). A comunicação não verbal pode confirmar ou desmentir o que é dito através da comunicação verbal, pelo que é importante para o EEER saber analisar este tipo de comunicação (Sequeira, 2016b).

As intervenções de enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações na comunicação dependem das necessidades particulares de cada uma e, por isso, é essencial que toda a equipa tenha conhecimento acerca da pessoa no que diz respeito às suas doenças, limitações, tanto físicas como cognitivas/psicológicas ou sociais da comunicação e as estratégias de adaptação/*coping* da pessoa às suas alterações (Boss & Wilkerson, 2011). Assim, é essencial, em primeiro lugar, avaliar a compreensão e identificar fatores que promovam a compreensão. Para isso, deve-se avaliar a acuidade auditiva e visual. A comunicação deve ser estabelecida apenas quando a pessoa estiver disposta para tal e o discurso deve ser pausado, colocando uma questão de cada vez com linguagem de adultos (Parente, Dias, Reis, Pinto & Figueiredo, 2009).

Para isso, é fulcral o estabelecimento de um ambiente terapêutico eficaz, que deve ser sempre calmo e que facilite as tentativas de comunicação e as torne menos stressantes, eliminando fatores de stress e estímulos causadores de ansiedade. É, também, preciso ter em conta que os distúrbios da comunicação condicionam a segurança da pessoa e, por isso, deve-se estabelecer formas desta pedir ajuda e

ensiná-la a utilizá-las e informá-la sobre os perigos que o rodeiam, através de imagens, ou outros meios (Boss & Wilkerson, 2011).

Os membros da equipa de reabilitação devem, também, estar atentos para controlarem a sua postura, comportamento, tom de voz e expressões, que necessitam de ser positivos e de suporte. Tudo isto faz parte da comunicação de suporte. Para isso, devem reconhecer as frustrações da pessoa, mantendo uma atitude positiva e tranquilizando-a, permitindo a expressão dos seus sentimentos ou emoções, através de formas alternativas, como o cantar, desenhar, pintar, andar. Devem mostrar preocupação e reconhecer que comportamentos negativos podem ser tentativas de comunicação, encorajando a pessoa a participar no seu plano de cuidados e nas tentativas de comunicação, fornecendo reforço positivo e elogiando a cada melhoria e enfatizando os objetivos alcançados. A pessoa deve ser estimulada a participar no plano de cuidados, uma vez que por vezes a pessoa tem tendência a desistir e isolar-se pelo embaraço devido à sua limitação da comunicação.

O embaraço pode ser reduzido com a ajuda do EEER e da família através da demonstração de interesse e aceitação e, nesse sentido, as visitas devem ser incentivadas, mas controladas, de modo que quem visite a pessoa saiba como agir e não a desencoraje, pois o facto de se sentirem desconfortáveis e frustradas em iniciar interações com a pessoa podem desencadear a perda de interesse na socialização, o que se reflete no regresso ao domicílio.

Neste sentido, o EEER e a família devem ensinar aos amigos as estratégias adotadas para comunicar e devem informar sobre instituições de apoio a quem podem recorrer (Boss & Wilkerson, 2011; Parente et al., 2009). Segundo Jensen et al. (2015), a utilização de comunicação de suporte ajuda a equipa de saúde e também o Pessoa a colmatar as suas dificuldades e/ou necessidades.

Em relação às técnicas de facilitação para melhorar a comunicação, estas devem ser adequadas a cada pessoa e devem ser oferecidas e encorajadas a utilização de estratégias de comunicação com combinações entre discurso verbal, gestos, sinais e dispositivos de promoção da comunicação. A comunicação deve ser de acordo com o interesse da pessoa e deve-lhe ser dado tempo para comunicar, não

interrompendo e só em caso de necessidade fornecer palavras. Deve-se, também, repetir em voz alta o que foi dito para validar se está correto. A pessoa deve ser incentivada a comunicar e deve ser reconhecido todo o seu esforço, não valorizando a pronúncia imperfeita ou erros e elogiando-a sempre que possível, demonstrando a compreensão pelo que a pessoa comunicou. Deve-se encorajá-la a expressar-se com calma e de forma clara, verbalizando frases mais curtas e, caso a comunicação oral não seja eficaz, incentivar a escrever uma mensagem ou fazer um desenho (Boss & Wilkerson, 2011; Parente et al., 2009).

Quando as pessoas não conseguem formar linguagem escrita ou oral, conseguem utilizar comunicação alternativa e aumentativa, cuja definição é “qualquer modo ou canal de comunicação que substitui ou apoia os sistemas de discurso e/ou escrita e incluem gestos, linguagem gestual, quadros de imagem ou palavras, quadros alfabéticos e sistemas de discurso sintetizado ou digitalizado” (Boss & Wilkerson, 2011, p. 544). Em caso de afasia, os quadros de comunicação devem utilizar imagens, objetos, ações, caras com expressões.

Vários estudos comprovam que o estabelecimento de planos de treino, com *workshops* para a equipa de saúde traz benefícios tanto para a equipa como para a pessoa, uma vez que melhoram a conversação natural entre ambos e melhora a satisfação do Pessoa (Eriksson, Forsgren, Martelius & Saldert, 2015; Simmons-Mackie, Raymer & Cherney, 2016; Chu, Sorin-Peters, Sidani, Huerta & McGilton 2017).

## **2.2. Critérios de Inclusão**

### **2.2.1. Tipo de participantes**

Para esta Revisão Scoping irão ser considerados todos os artigos que incluam adultos de ambos os sexos que tenham sofrido AVC do qual resultou alterações da comunicação.

### **2.2.2. Conceito**

Para esta revisão serão pesquisados todos os artigos que incluam intervenções de enfermagem de reabilitação a ser aplicadas a pessoas com alteração da comunicação decorrente de AVC.

### **2.2.3. Contexto**

Nesta revisão serão integrados todos os artigos desenvolvidos na comunidade.

### **2.2.4. Tipos de Estudo**

Nesta revisão serão integrados todos os artigos publicados em revistas científicas, em texto integral, num limite temporal de 2014 a 2019, em Português ou Inglês. Serão, também, consideradas diretrizes e normas de intervenção e livros de interesse na área de Enfermagem de Reabilitação.

## **2.3. Estratégia de Pesquisa**

Para iniciar a pesquisa nas bases de dados foi necessário a definição de descritores, o que foi realizado através da pesquisa dos Descritores em Ciências da Saúde, em linguagem natural. Assim, foram definidos os seguintes descritores:

- Em português: Adulto, Acidente Cerebral Vascular, Reabilitação, Reabilitação dos Transtornos da Fala e da Linguagem, Enfermagem em Reabilitação, Casas de Saúde, Assistência de Longa Duração, Comunicação, Linguagem, Comunicação não verbal.
- Em inglês: Adult, Stroke, Rehabilitation, Rehabilitation of Speech and Language Disorders, Rehabilitation Nursing, Nursing Home, Home, Long Term Care, Communication, Language, Nonverbal communication.

Após a definição dos descritores, a pesquisa foi realizada a 07 de maio de 2019, com os seguintes limitadores: artigos em texto integral, analisados por pares, com

limite temporal de 5 anos (entre 2014 e 2019), publicados em revistas em Português e Inglês.

A pesquisa foi realizada na EBSCOhost, com recurso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete.

A combinação de descritores está descrita no quadro seguinte:

**Quadro 1:** Combinação de descritores e resultado da pesquisa nas bases de dados

	Combinação de Marcadores	Nº de artigos encontrados	
		CINAHL Complete	MEDLINE Complete
<b>População</b>	S1: Adult AND Stroke	5672	16139
<b>Contexto</b>	S2: Nursing Home OR Home OR Long Term Care	34296	52963
<b>Conceito</b>	S3: Rehabilitation OR Rehabilitation Nursing OR Rehabilitation of Speech and Language Disorders	29011	89083
	S4: Communication OR Language AND Nonverbal Communication	37584	86356
<b>Total</b>	S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	7	17

A pesquisa efetuada em português não obteve resultados. Da pesquisa em inglês resultaram 17 artigos provenientes da base de dados MEDLINE Complete e 7 da CINAHL Complete. Destes, 3 estão repetidos, ficando um total de 21 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 9 artigos, ficando para leitura integral 15 artigos. Após leitura integral, foram excluídos 11 artigos, pelo que foram analisados 4. O diagrama desta seleção encontra-se em apêndice (Apêndice 1).

### **2.3.1. Proposta para extração de resultados**

Os dados serão extraídos recorrendo a um instrumento de extração de dados (Apêndice 2), de forma a retirar a informação pertinente de cada artigo.

### **2.3.2. Apresentação de resultados**

Dos artigos selecionados, são vários o que corroboram a eficácia de “Telereabilitação” em contexto domiciliário, ou seja, a pessoa em casa, através de um dispositivo eletrónico, como computador, tablet ou I-PAD tem acesso a um programa informático que o permite receber o tratamento para a afasia a partir do domicílio.

Lavoie, Bier e Macoir (2018) realizaram um estudo de séries de casos em que participaram quatro pessoas com afasia resultante de AVC. Foi implementado um programa de três fases. Na primeira fase foram estabelecidas as linhas de base, com a criação de listas de palavras para nomeação de acordo com a avaliação da nomeação e conversação realizada anteriormente e o que cada pessoa considera mais útil para a sua funcionalidade. Na segunda fase, do tratamento, em primeiro lugar é realizado um treino com a pessoa e cuidador e com o avaliador, em que este explica o funcionamento da aplicação informática e, após esse treino, o tratamento passa a ser feito pela própria pessoa no seu domicílio, quatro vezes por semana, durante quatro semanas. A terceira fase refere-se às medidas pós-intervenção e manutenção e implica que após a última sessão seja aplicada a tarefa de nomeação três vezes por semana e de conversação duas vezes por semana para acompanhar o desempenho da pessoa. Após a aplicação deste estudo constatou-se uma melhoria significativa na nomeação das palavras treinadas que foram mantidas 2 meses após o tratamento.

Macoir, Sauvageau, Boissy, Tousignant & Tousignant (2017), desenvolveram um estudo quase-experimental com pré e pós-teste, em que participaram indivíduos com AVC há mais de um ano com anomia moderada a grave, mas compreensão mantida. O estudo foi constituído por 4 fases, sendo estas a avaliação do contexto da linguagem (T0), as medidas de linha de base aplicadas duas vezes (T1,T2), a

aplicação de três semanas de “telediscurso” (T3) e medidas de acompanhamento, seis semanas após a intervenção (T4). Para isso, utilizaram os princípios da comunicação face a face que inclui a participação igual do profissional e do Pessoa, havendo troca de informações, uso de todos os canais de comunicação e *feedback*. Assim, em T0 e T1 foi selecionado um conjunto de estímulos/imagens, de acordo com a avaliação prévia da dificuldade na nomeação de cada Pessoa, que foram utilizados em T2, T3 e T4. Para a fase de “telediscurso” foi desenvolvida uma plataforma de software que, através de videoconferência, fornece uma lista de imagens ao avaliador e à pessoa e, de forma aleatória, mostra uma imagem à pessoa. A pessoa vai descrever a imagem de forma a que o avaliador perceba o que é e posteriormente invertem os papéis. Isto permite a interação entre profissional e a pessoa e avaliar a fluência do discurso. Além disso, foi ainda avaliada a conversação, a condição semântica (dizer o maior número de palavras possível numa categoria em dois minutos) e ortográfica (produzir tantas palavras quanto possível, começando com uma determinada letra, em dois minutos). Este estudo permitiu perceber que a terapia da linguagem multimodal através de dispositivos eletrónicos teve efeitos positivos na comunicação funcional em pessoas com afasia crónica.

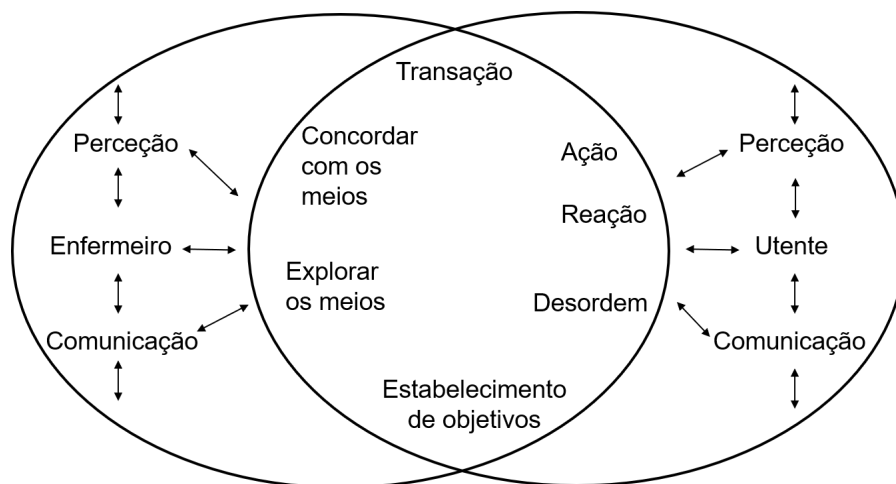
Outro estudo foi desenvolvido no contexto da “Telereabilitação” em pessoas com afasia, em que participaram pessoas com afasia (moderada a grave) resultante de AVC há mais de seis meses, que pretende verificar a diferença da avaliação da afasia e tratamento face a face com o tratamento a partir do dispositivo informático, via on-line. Neste estudo foi desenvolvido um sistema com dois dispositivos, um para a pessoa e outro para o avaliador, que se comunicam através de um servidor, que foi aplicado a um grupo via on-line. Tanto a este grupo, como a outro com as mesmas características mas que se encontrava face a face com o médico foram aplicados dois subtestes de acordo com domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, que são “*Psycholinguistic Assessment of Language Processing Activities*” e “*Assessment of Living with Aphasia*”. O estudo confirmou não existir diferenças entre a intervenção face a face e intervenção via on-line com dispositivo informático (Guo et al. 2017)

Já Marshall, Laures-Gore e DuBay (2015) quiseram provar a importância da respiração unilateral forçada como tratamento adjunto da afasia. Para isso, delimitaram um estudo de série de casos em que os participantes foram, em primeiro lugar, avaliados com os instrumentos de avaliação *Western Aphasia Battery-R* (WAB-R), *Communication Abilities of Daily Living-2* (CADL-2), e *Apraxia Battery for Adults*, este último apenas quando a pessoa tem, também, apraxia. De seguida, foram administradas avaliações repetidas do *Color Trails Test*, assim como do discurso/fala. Posteriormente, foi aplicado o tratamento, a respiração unilateral forçada, solicitando à pessoa, em primeiro lugar, para estar atento ao movimento de expansão abdominal e torácica durante a inspiração e a reversão do descrito na expiração; Seguidamente, solicitar-lhe que utilize a narina contralateral ao hemisfério lesado, isto é, tapando a narina do lado do hemisfério afetado e encorajar a que a expiração tenha o dobro do tempo que a inspiração. O tratamento foi aplicado duas vezes por semana com os avaliadores, mas as pessoas foram incentivadas a praticar em casa os restantes dias da semana. Após o tratamento, foram novamente aplicados os mesmos instrumentos de avaliação utilizados anteriormente. Este estudo constatou que existe benefício na utilização da respiração unilateral forçada na produção geral da linguagem e comunicação funcional, quando em associação com a terapia tradicional.

### 3. MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM- TEORIA DA CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING (1984)

Segundo King (1984), enfermagem é um processo de interações humanas entre o enfermeiro e pessoa no qual, através da comunicação, percebem a situação de saúde, fixam objetivos, exploram os meios que permitem alcançar esses objetivos e chegam a um acordo em relação a esses meios. King elaborou a Teoria da Consecução de Objetivos, que teve por base o sistema interpessoal no qual duas pessoas (enfermeiro e pessoa), que não se conheciam anteriormente, se encontram num contexto de prestação de cuidados de saúde para ajudar e ser ajudado, respetivamente, a restabelecer ou manter um estado de saúde. Esta teoria descreve a natureza das interações entre pessoas e enfermeiros que levam à obtenção de objetivos e é exemplificada na figura seguinte:

**Figura 1:** Diagrama esquemático da Teoria de Consecução de Objetivos



**Fonte:** Traduzido de King, 1984, p. 184

Pelo que foi descrito anteriormente, existem alguns conceitos de extrema importância que vão ser especificados de seguida:

### **Interação:**

Processo de percepção e comunicação entre duas ou mais pessoas ou entre a pessoa e o ambiente, manifestado por condutas verbais e não verbais que podem revelar como as pessoas se sentem em relação a uma determinada situação, o que pensam sobre o outro ou quais as suas expectativas perante a situação. O processo de interação foca-se nas necessidades e o bem-estar da pessoa e, para isso, o enfermeiro deve identificar as necessidades da pessoa através da comunicação, observação e interpretação da informação para identificar problemas e estabelecer objetivos em conjunto com a pessoa. Cada indivíduo tem experiências passadas, diferentes conhecimentos, necessidades presentes, expectativas, objetivos e percepções que influenciam as interações.

### **Percepção:**

Percepção é a representação da realidade para cada pessoa, que envolve uma consciência de pessoas, objetos e acontecimentos. Implica organizar, interpretar e transformar a informação sensorial e memória e influencia a sua conduta no presente. A percepção é universal, mas pessoal e subjetiva, uma vez que depende de cada pessoa e das suas experiências passadas, a genética, os antecedentes educacionais e o grupo socioeconómico em que está inserido. Pode-se afirmar que embora os seres humanos tenham experiências comuns, cada um vivencia à sua maneira, logo, tem percepções da mesma situação diferentes. Para o processo de cuidados é essencial que o enfermeiro tenha em conta os fatores que influenciam tanto as suas percepções como as percepções da pessoa, visto que esta pode ser distorcida pela dor ou por estados emocionais. Assim, é importante que o enfermeiro conheça a percepção de modo a avaliar, interpretar e planificar, em conjunto com o Pessoa, os meios para alcançar os seus objetivos.

### **Comunicação:**

A comunicação é o processo pelo qual a informação passa de uma pessoa para a outra e envolve troca de pensamentos e opiniões. É através da comunicação que as relações humanas se desenvolvem e mantêm e se desenvolvem processos de aprendizagem. Pode ser não verbal ou verbal, sendo que a não verbal inclui gestos, expressões faciais, ações ou posturas enquanto a verbal inclui a linguagem falada e escrita. A linguagem é essencial para facilitar a cooperação e interação entre as pessoas, pois proporciona os símbolos para a comunicação verbal. O cuidado de enfermagem envolve conhecimento da comunicação e habilidade para comunicar. A comunicação entre o enfermeiro e os restantes profissionais de saúde e entre o enfermeiro e a pessoa e sua família é essencial para o cuidado seguro e eficaz das pessoas, uma vez que permite identificar necessidades e partilhar informação que permite à pessoa tomar decisões de forma consciente e estabelecer objetivos no seu meio ambiente.

### **Transação:**

A transação representa uma situação na qual duas pessoas (uma que percebe e outra que é percebida) se encontram e entram numa situação como participantes ativos e evoluem no processo destas experiências. É o processo de interação no qual a pessoa entra em contacto com o meio ambiente, interagindo com ele, de modo a alcançar os seus objetivos.

Em suma, a interação entre a pessoa e o enfermeiro pode ser influenciada por diversos fatores, tais como as suas perceções, os seus objetivos, necessidades e valores. Nem sempre os objetivos do enfermeiro e das pessoas coincidem e, por isso, é importante que cheguem a um acordo. Para isso, o enfermeiro deve partilhar informação que ajude a pessoa a participar na tomada de decisão acerca do cuidado da sua saúde.

Através de percepções do meio ambiente e da comunicação verbal e não verbal os indivíduos interagem entre si de diferentes formas, resultando destas interações algumas transações. Os resultados das transações são a satisfação que se tem ao realizar as atividades diárias e o estabelecimento de objetivos. Assim, para perceber as interações humanas deve-se encarar as transações como valores nas situações de enfermagem.

## 4. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O projeto será desenvolvido em dois períodos, de nove semanas cada, em dois campos de estágio diferentes: O primeiro local de estágio ainda não está confirmado, mas a entrevista foi realizada no serviço de [REDACTED]. O segundo local é a UCC de [REDACTED]. A escolha do serviço de Medicina recaiu no facto de ser um serviço que recebe Pessoas com AVC, o que permite o desenvolvimento dos objetivos específicos do projeto e a UCC [REDACTED], que recebe Pessoas provenientes do [REDACTED], o que permite que se verifique ainda melhor a continuidade dos cuidados prestados.

A realização de estágios em dois contextos, hospitalar e comunitário, é importante, na medida em que permite perceber como é realizada a continuidade de cuidados e aplicar conhecimentos que permitam adquirir as competências do EEER. De modo a compreender o funcionamento dos dois serviços, foram aplicadas entrevistas, cujo guião se encontra no Apêndice 3 e a descrição resultante dessa entrevista encontra-se no Apêndice 4.



## 5. OBJETIVOS

Com a intenção de dar resposta a este projeto e a todas as competências do EEER, foram definidos dois objetivos gerais para o estágio:

- Desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação à pessoa nas diversas fases do seu ciclo de vida;
- Desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC com alterações da comunicação.

Foram também definidos alguns objetivos específicos diretamente relacionados com o projeto e que estão relacionados com as competências a desenvolver, tendo em conta o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República, nº 140, série 2, 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do EEER (Diário da República nº85, série 2, 2019).

Estes objetivos são:

6. Integrar a equipa multidisciplinar e participar nas atividades desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação;
7. Avaliar as alterações de comunicação presentes na pessoa com AVC e implementar planos de intervenção de acordo com as mesmas, adequando estratégias de comunicação;
8. Conceber e implementar planos de formação à equipa de acordo com a dificuldade sentida em relação a estratégias de comunicação;
9. Capacitar a pessoa com alterações da comunicação e sua família para a sua readaptação e reintegração social;
10. Examinar percurso desenvolvido para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER.

De acordo com estes objetivos foram delineadas atividades para alcançar os mesmos e os recursos a ser utilizados para as mesmas atividades, que são comuns a todas as atividades (Apêndice 5). O cronograma, que espelha a programação temporal dos objetivos encontra-se em Apêndice 6.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto permitiu-me adquirir novos conhecimentos sobre as estratégias que podem ser adotadas durante a prestação de cuidados à pessoa com alterações da comunicação. No decorrer da elaboração deste projeto, foram realizadas duas apresentações do trabalho realizado.

Estas apresentações, em que estiveram presentes vários professores e vários colegas, permitiu perceber o que poderia ser alterado e melhorado e contribuiu, assim, para uma aprendizagem contínua.

Durante a elaboração deste projeto, a maior dificuldade sentida foi que a literatura que existe está muito direcionada para a afasia e, por isso, o meu trabalho acabou por, também, incidir mais sobre esta alteração. Por outro lado, não são descritas muitas intervenções de EEER específicas. No entanto, foi comprovada a eficácia de intervenções que podem ser implementadas pelo EEER à pessoa com alterações de comunicação. Este facto é essencial, uma vez que o enfermeiro tem o privilégio de estar em constante interação com a pessoa e quando a comunicação se processa de forma eficaz há uma maior satisfação e participação da pessoa no plano de cuidados.

No que concerne ao local de estágio, o Serviço de [REDACTED] não aprovou o primeiro período de estágio. No entanto, uma vez que ainda aguardo novo local de estágio e tendo em conta que anteriormente já tinha efetuado a entrevista no Serviço referido anteriormente, foi realizada a sua descrição.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia do colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação. (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 28 de abril de 2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Boss, B. J., & Wilkerson, R. B. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.387-410). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- Caldas, A. C. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall- O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: Editora McGRAW-HILL de Portugal, Lda.
- Caldas, A. C. (2017). Funções Cognitivas. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp 139-158). Loures, Lusodidacta
- Chiou, H. S., & Yu, Y. (2018). Measuring life participation, communicative confidence, language, and cognition in people with aphasia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3 (2), 4-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1044/persp3.SIG2.4>
- Chu, C., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Huerta, B., & McGilton, K. (2017). An interprofessional communication training program to improve nurses' ability to communicate with stroke patients with communication disorders. *Rehabil Nurs*, 43(6). doi: 10.1097/rnj.0000000000000041
- Connolly, T., & Maahoney, E. (2018). Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3979-3987. Doi: 10.1111/jocn.14563

Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* – 2.<sup>a</sup> Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 21 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Eriksson, K., Forsgren, E., Martelius, L., & Saldert, C. (2015). Communication partner training of enrolled nurses working in nursing homes with communication disorders caused by stroke of Parkinson's disease. *Disability and rehabilitation*, 38 (12), p. 1187-1203. doi.org/10.3109/09638288.2015.1089952

Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In J. Ferro & J. Pimentel (Coord.), *Neurologia fundamental -princípios, diagnóstico e tratamento* (pp 101-111). Lisboa, Lidel

González-Fernández, M., Christian, A. B., Davis, C., & Hillis, A. E. (2012). Role of aphasia in discharge location after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 94 (5), 851-855. Doi:10.1016/j.apmr.2012.11.042

Goulart, B. N. G., Almeida, C. P. B., Silva, M. W., Oenning, N. S. X., & Lagni, V. B. (2016). Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiology Communication Research*, 21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>

Guo, Y. E., Togher, L., Power, E., Hutomo, E., Yang, Y., Tay, A...Koh, G. C. (2017). Assessment of aphasia across the international classification of functioning, disability and health using an iPad-Based application. *Mary Ann Liebert, Inc*, 23 (4), 313-326. Doi:10.1089/tmj.2016.0072

Jensen, L., Lovholt, A., Sorensen, I., Bludnikow, A., Iversen, H., Hougard, A., Mathiesen, L., & Forchhammer, H. (2015). Implementation of supported conversation for communication between nursing staff and hospital patients with aphasia. *Aphasiology*, 29 (1), p. 57-80. Doi: doi.org/10.1080/02687038.2014.955708

- King, I.M. (1984). *Enfermeria como profesión – Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa.
- King's College London (2017). *The burden of stroke in Europe – The challenge for policy makers*. Acedido em 28 de maio de 2019. Disponível em [http://www.strokeeurope.eu/downloads/The\\_Burden\\_of\\_Stroke\\_in\\_Europe\\_-\\_Challenges\\_for\\_policy\\_makers.pdf](http://www.strokeeurope.eu/downloads/The_Burden_of_Stroke_in_Europe_-_Challenges_for_policy_makers.pdf)
- Lavoie, M., Bier, N., & Macoir, J. (2018). Efficacy of a self-administered treatment using a smart tablet to improve functional vocabulary in post-stroke aphasia: a case-series study. *International Journal of Language & Communication Disorder*, 54 (2), 249-264. Doi: 10.1111/1460-6984.12439
- Lee, H., Lee, Y., Choi, H., & Pyun, S-B. (2015). Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56 (6), 1694-1702. Doi: 10.3349/ymj.2015.56.6.1694
- Macoir, J., Sauvageau, V. M., Boissy, P., Tousignant, M., & Tousignant, M. (2017). In-home synchronous telespeech therapy to improve functional communication in chronic poststroke aphasia: results from a quasi-experimental study. *Telemedicine Journal And E-Health: The Official Journal Of The American Telemedicine Association*, 23 (8), 630-639. Doi: 10.1089/tmj.2016.0235
- Marshall, R. S., Laures-Gore, J., DuBay, M., Williams, T., & Bryant (2015). Unilateral forced nostril breathing and aphasia— exploring unilateral forced nostril breathing as an adjunct to aphasia treatment: a case series. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21 (2), 91-99. DOI: 10.1089/acm.2013.0285
- Martins, I. P. (2013). Funções cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (Coord.), *Neurologia fundamental -princípios, diagnóstico e tratamento* (pp 1-24). Lisboa, Lidel
- Martins, I. P. (2018). Organização Cerebral da Linguagem. In J. Fonseca (Coord.), *Afasia e comunicação após lesão cerebral- definição, classificação e reabilitação* (pp 37-49). Lisboa: Papa-Letras

McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H. ... Sidani, S. (2018). Applied Nursing Research 39, 189–194. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.017>

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 15 de maio de 2019. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6 (7). Doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Ordem dos Enfermeiros, OE (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Colégio da Especialidade de Reabilitação. Lisboa. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf). Acedido em 16 de julho de 2019.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Manual STEPS de acidentes vascular cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Acedido em 23 de maio de 2018. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Page, C. G., Marshall, R. C., Howell, D., & Rowles, G. D. (2018). Use of communication plans by certified nursing assistants: little things mean a lot. *Aphasiology*, 32 (5), 559-577. Doi: 10.1080/02687038.2017.1376307

Parente, A., Dias, S., Reis, S., Pinto, F. & Figueiredo, C. (2009). *A comunicação do Pessoa afásico*. *Sinais Vitais*. 70. Acedido em 29 de junho de 2019. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3473-a-comunicacao-do-Pessoa-afasico#.XTdCbuhKjIU>

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 15 de junho de 2019. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/home/>

/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte\_filter=33&date=2019-05-01&dreld=122202664

Sequeira, C. (2016a). A comunicação. In C. Sequeira. *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp.2-7). Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2016b). Tipos de comunicação. In C. Sequeira. *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp.22-37). Lisboa: Lidel.

Serviço Nacional de Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018.

Simmons-Mackie, N., Raymer, A, & Cherney, L. (2016). Communication partner training in aphasia: an updated systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), p.2202-2221. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.023

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016a) *Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC): Manual digital para jornalistas*. Lisboa: Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 06 de junho de 2019. Disponível em [http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf)

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016b) *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC): Guia Prático para a população*. Lisboa: Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 06 de junho de 2019. Disponível em [http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/articles/GUIA%20AVC%20POPULACAO\\_final.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/articles/GUIA%20AVC%20POPULACAO_final.pdf)

Talarico, T. R., Venegas, M. J., & Ortiz, K. Z. (2010). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *CEFAC*. Acedido em 13 de junho de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/36-10.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2015). Joanna Briggs institute reviewers` manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews. Australia: Joanna Briggs Institute. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)

Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da comunicação humana* (Á. Cabral, Trad.) São Paulo: Editora Cultrix (tradução do original Pragmatics of human communication- a study of interational patterns, pathologies, and paradoxes, 1967, W.W. Norton & Company, Inc)

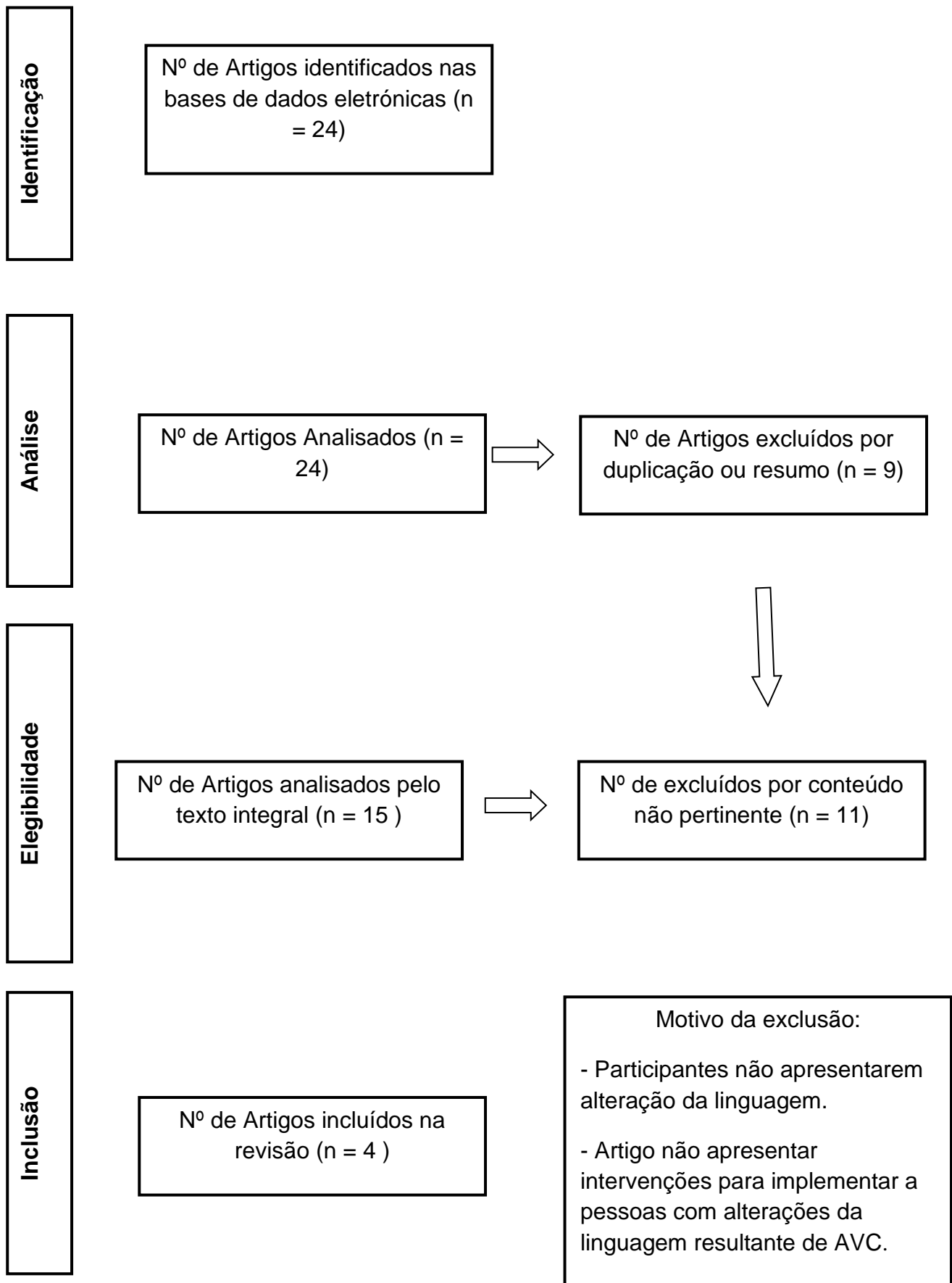
World Health Organization (2018). *The top of 10 causes of death*. Acedido em 28 de maio de 2019. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

## **APÊNDICES**



## Diagrama Scoping

Os resultados obtidos foram sujeitos a seleção através da aplicação de um diagrama adaptado de Moher, Liberati & Altman (2010), que se apresenta abaixo:



**APÊNDICE 2 - Quadro de Extração de Resultados**

## QUADRO DE EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

<b>Nome do artigo</b>	
<b>Autores</b>	
<b>Ano de publicação</b>	
<b>Revista em que foi publicado (nome, volume, série e número de páginas)</b>	
<b>DOI</b>	
<b>Palavras-chave</b>	
<b>Objetivos do estudo</b>	
<b>Metodologia</b>	
<b>Tipo de participantes</b>	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Resultados</b>	



## GUIÃO DE ENTREVISTA SERVIÇO DE MEDICINA

Apresentação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação;</li><li>- Identificação dos objetivos da entrevista/visita.</li></ul>
Caracterização do serviço e seus recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Caracterização do espaço físico;</li><li>- Horário de trabalho;</li><li>- Horário de visitas;</li><li>- Constituição da equipa multidisciplinar;</li><li>- Constituição da equipa de enfermagem e distribuição pelos diferentes turnos;</li><li>- Número de EEER e sua distribuição por turno;</li><li>- Como é feita a articulação entre o EEER e a restante equipa;</li><li>- Investimento do EEER na área da comunicação/linguagem. Como?</li></ul>
Caracterização e avaliação da pessoa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tempo médio de internamento;</li><li>- Patologias mais frequentes;</li><li>- Características das pessoas (faixa etária, grau de dependência, compromissos ao nível da comunicação);</li><li>- Critérios para a atribuição de determinadas pessoas ao EEER;</li><li>- Como são referenciadas as pessoas para os cuidados de EEER?</li><li>- Como são identificadas as necessidades de intervenção dos EEER?</li><li>- Instrumentos utilizados para avaliação da comunicação/linguagem?</li></ul>

<p>Cuidados prestados pelo EEER</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER;</li> <li>- Materiais/recursos existentes no serviço para a prática específica de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Plano de cuidados: Como é realizado? A pessoa participa? De que forma?</li> <li>- Instrumentos utilizados para registo das intervenções dos EEER;</li> <li>- De que modo é assegurada a continuidade de cuidados entre os enfermeiros especialistas?</li> <li>- Limitações ou dificuldades sentidas como EEER na sua prática de cuidados;</li> <li>- Recetividade da pessoa/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação;</li> <li>- A família é incluída nos cuidados? Como?</li> <li>- Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da comunicação/linguagem?</li> <li>- Que estratégias comunicacionais são utilizadas quando existe comprometimento da comunicação?</li> </ul>
<p>Continuidade de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação nos cuidados com os restantes profissionais na equipa: Existe? Como é feita?</li> <li>- Como é preparada a alta da pessoa para o regresso ao domicílio em equipa?</li> </ul>
<p>Implementação de projetos/formação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem projetos de EER implementados no serviço?</li> <li>- Existem projetos relacionados com a comunicação implementados no serviço?</li> <li>- Existem dificuldade em implementar projetos?</li> <li>- Contribuição do EEER na formação dos pares?</li> </ul>

## GUIÃO DE ENTREVISTA UCC

Apresentação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação;</li><li>- Identificação dos objetivos da entrevista/visita.</li></ul>
Caracterização do serviço e seus recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Caracterização do espaço físico;</li><li>- Área de abrangência;</li><li>- Horário de funcionamento;</li><li>- Constituição da equipa interdisciplinar;</li><li>- Constituição da equipa de enfermagem;</li><li>- Número de EEER e funções que exercem;</li><li>- Como é feita a articulação entre o EEER e a restante equipa;</li><li>- Recursos disponíveis na comunidade ou estruturas e apoio;</li><li>- Critérios de referenciação à UCC e articulação com as instituições a partir do qual a pessoa é referenciado;</li><li>- Circuito da pessoa, desde a admissão até à alta.</li></ul>
Caracterização e avaliação do pessoa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Patologias mais frequentes;</li><li>- Características das pessoas (faixa etária, grau de dependência, compromissos ao nível da comunicação);</li><li>- Incidência de pessoas com AVC e com alterações a nível da comunicação;</li><li>- Necessidades de cuidados de EEER mais frequentes;</li><li>- Critérios para a atribuição de determinadas pessoas ao EEER;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como são referenciadas as pessoas para os cuidados de EEER?</li> <li>- Como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> <li>- Instrumentos utilizados para avaliação da comunicação/linguagem?</li> </ul>
Cuidados prestados pelo EEER	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologias mais frequentes na prestação de cuidados pelo EEER;</li> <li>- Horário e frequência das visitas domiciliárias;</li> <li>- Materiais/recursos existentes para a prática específica de enfermagem de reabilitação;</li> <li>- Plano de cuidados: Como é realizado? Em equipa? A pessoa participa? De que forma?</li> <li>- Instrumentos utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação;</li> <li>- Limitações ou dificuldades sentidas como enfermeiro de reabilitação na sua prática de cuidados;</li> <li>- Recetividade da pessoa/família aos cuidados do enfermeiro de reabilitação;</li> <li>- A família é incluída nos cuidados? Como?</li> <li>- Existe algum programa ou instrução de trabalho específica sobre avaliação e reeducação da comunicação/linguagem?</li> <li>- Investimento do EEER na área da comunicação/linguagem. Como?</li> <li>- Que estratégias comunicacionais são utilizadas quando existe comprometimento da comunicação?</li> </ul>
Continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação nos cuidados com os restantes profissionais na equipa: Existe? Como é feita?</li> <li>- Articulação com outras instituições da comunidade;</li> </ul>
Implementação de projetos/formação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem projetos de EER implementados no serviço?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Existem projetos relacionados com a comunicação implementados no serviço?</li><li>- Existem dificuldade em implementar projetos?</li><li>- Contribuição do EEER na formação dos pares?</li></ul>
--	--

**APÊNDICE 4- Descrição dos Contextos de Estágio**

## DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE MEDICINA [REDACTED]

[REDACTED]  
O [REDACTED], em conjunto com o [REDACTED], forma o [REDACTED]

O Serviço de Medicina 1-[REDACTED] é constituído por 22 camas, divididas em 5 salas de 4 camas cada e dois quartos individuais para casos de isolamento. Além disso, tem capacidade para mais 10 macas. A nível de lotação, esta ronda os 86%-90%, sendo no inverno de 100-110%, enquanto no verão está situada entre os 80 e 85%. A duração média de internamento é de 7 a 8 dias.

Este serviço recebe pessoas com patologias variadas, existindo fases em que há mais pessoas com AVC, outras fases com mais pessoas com infeções respiratórias, doença oncológica, entre outros, sendo que cerca de 80% é constituída por idosos e com grau de dependência elevado. Além disso, este serviço dá apoio a outros serviços quando estes não têm vagas.

A nível de recursos humanos, a equipa multidisciplinar é constituída enfermeiros de cuidados gerais e especialistas, médicos, dietista, assistentes operacionais, técnica de ECG (todos os dias), técnica de serviço social, fisioterapeuta e, quando necessário, pode-se solicitar apoio da equipa de paliativos. Os enfermeiros de cuidados gerais estão divididos pelos diferentes turnos de acordo com o rácio de: turno da manhã (entre as 8h e as 15h30)- um enfermeiro para 5 ou 6 pessoas; turno da tarde (entre as 15h e as 23h)- um enfermeiro para 7 ou 8 pessoas; turno da noite (entre as 22h30 e as 8h30) – 1 enfermeiro para 12 pessoas. No serviço existem 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente oncológica e 2 EEER. Dos EEER um está a exercer funções de gestão e o outro presta cuidados gerais e, consoante a sua disponibilidade, presta alguns cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Em relação ao material que é utilizado na prática do EEER, este é constituído por uma pedaleira, uma almofada (com várias cores para treino da motricidade sensorial e com fechos e botões para treino das AVD), oxímetros, espirómetro de incentivo, uma bola (para treino de força, estímulo e treino reflexo), colheres adaptadas, nomeadamente com cabos engrossados e parafusos para treino da motricidade fina. Além disso, a equipa está a tentar a aquisição de um espelho.

A identificação das necessidades de intervenções de Enfermagem de Reabilitação é realizada pelo enfermeiro ou pela equipa médica. Os registos de Enfermagem de Reabilitação são realizados através do Sistema de Informação *Glintt* (também designado por desktop de Enfermagem) e são apoiados por alguns instrumentos de avaliação. Para a avaliação da funcionalidade/atividades de vida diária, é utilizado o Índice de Barthel. Para a avaliação da função respiratória são implementados o Teste de Avaliação da DPOC (CAT), a Escala de Borg modificada-avaliação da dispneia e St George's Respiratory Questionnaire (avaliação da qualidade de vida em pessoas com Asma ou DPOC). Para a avaliação do risco de úlcera de pressão aplica-se a Escala de Braden, aplicada à entrada e de 5 em 5 dias. Nas pessoas com AVC, em específico, podem ser utilizadas a National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) e para a avaliação da força muscular pode utilizar-se a Medical Research Council Muscle Scale ou a Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower. Em relação à pessoa com alterações da linguagem, não existe nenhuma escala/instrumento de avaliação a ser aplicado.

No que diz respeito ao planeamento da alta, o EEER identifica as necessidades existentes e comunica com a técnica de serviço social. Além disso, é feita uma tentativa de estabelecer contacto telefónico com a equipa da comunidade para que seja assegurada a continuidade de cuidados. A família e a pessoa sempre que possível são inseridos no seu plano de cuidados. As famílias já começam a saber da existência dos EEER, chamando-os de "Enfermeiros da Fisioterapia".

Apesar de não existirem projetos a ser aplicados no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, no serviço tem-se vindo a ser desenvolvido recentemente um documento de monitorização da eficácia da Enfermagem de Reabilitação, que visa mostrar o impacto que as intervenções desenvolvidas pelo EEER tem na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

## UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE [REDACTED]

O [REDACTED] está inserido no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) [REDACTED] e é constituído pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) [REDACTED], pela Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade (UCC) de [REDACTED] e pela Unidade de Saúde Familiar (USF) [REDACTED].

No Edifício da UCSP de [REDACTED] existem vários gabinetes, tais como os gabinetes médicos, o gabinete da enfermeira chefe, a sala de tratamentos, a sala da Equipa de Cuidados Integrados (ECCI), a sala de visitação domiciliária (inserida na UCSP), a sala de prepara o para o parto, esteriliza o, uma sala de forma o, gabinete da técnica de serviço social e gabinetes para as consultas médicas e/ou de enfermagem. Os programas /consultas existentes neste espaço são higiene oral, retinopatia diabética, saúde escolar, saúde infantil e vacina o, saúde materna, saúde pública, diabetes mellitus, vacina o internacional e ainda o "Projeto Aparece", destinado a jovens adolescentes que podem expor as suas d vidas e problemas de forma confidencial a uma equipa constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social e administrativas. A UCC   composta pela ECCI e pela saúde escolar.

A referencia o das pessoas para a ECCI pode ser feita através da Equipa de visita o domiciliária (inserida na UCSP) ou por equipas hospitalares, sendo que neste caso, a equipa realiza uma avalia o na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados, que   encaminhada para a Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital e, posteriormente, avaliada pela Equipa Coordenadora Local (ECL), que atribuem a cada pessoa a vaga na respetiva ECCI. Para ser aceite na ECCI devem ser respeitados alguns critérios, nomeadamente a necessidade de cuidados de reabilita o e a referencia o ser realizada por uma entidade pública.

A ECCI   constituída por 6 enfermeiros, sendo 3 deles EEER, 1 enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e 2 enfermeiros de cuidados gerais, 2 técnicas de serviço social e 1 fisioterapeuta.

A ECCI [REDACTED] interv m em três áreas geográficas, sendo estas [REDACTED], sendo que a interven o   dividida por tr s equipas (uma para cada área geográfica), constituída cada uma por dois enfermeiros (sendo sempre um EEER). Num total, a ECCI tem capacidade para 70 camas e as

patologias mais frequentes são as fraturas, nomeadamente da anca, por quedas; doenças respiratórias, como a DPOC; Sequelas de internamento em Cuidados Intensivos e AVC.

Em relação ao horário de funcionamento da ECCI, este é de segunda a sexta-feira entre as 8 e as 20 horas e ao sábado e domingo entre as 9 e as 16 horas através de contacto telefónico. Em relação aos recursos materiais, estes são inexistentes, sendo adaptado a cada caso no próprio domicílio da pessoa.

Os registos de Enfermagem de Reabilitação são realizados na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados e no SClinico e auxiliados por Escalas/Instrumentos de avaliação como o Índice de Barthel e a Escala de Braden. Ao nível da Enfermagem de Reabilitação não existem projetos implementados.

A ECCI sente na sua intervenção algumas dificuldades/limitações, tais como: dificuldade em gerir expectativas da família e o facto de muitas vezes os cuidadores serem idosos, também com algumas limitações.

**APÊNDICE 5** -Definição de objetivos específicos e atividades a desenvolver

## DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Objetivo	1 - Integrar a equipa multidisciplinar e participar nas atividades desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Reabilitação;	
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais .</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de Guiões de Entrevista para cada local de estágio;</li> <li>- Realização de entrevistas a cada local de estágio, junto do EEER ou do Enfermeiro Chefe;</li> <li>- Consulta de manuais e/ou protocolos do serviço;</li> <li>- Observação e integração da estrutura organizacional da equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter elaborado Guiões de Entrevista para cada local de estágio;</li> <li>- Ter realizado entrevistas a cada local de estágio, junto do EEER ou do Enfermeiro Chefe;</li> <li>- Ter consultado manuais e/ou protocolos do serviço;</li> <li>- Ter observado e integrado a estrutura organizacional da equipa multidisciplinar;</li> </ul>

<p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p>(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação em reuniões da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Participação em atividades desenvolvidas no serviço;</li> <li>- Participar em planos de formação existentes no serviço;</li> <li>- Identificação de instrumentos de colheitas de dados e avaliação aplicados no serviço e os sistemas de registos de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter participado em reuniões da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Ter participado em atividades desenvolvidas no serviço;</li> <li>- Ter participado em planos de formação existentes no serviço;</li> <li>-Ter identificado instrumentos de colheitas de dados e avaliação aplicados no serviço e os sistemas de registos de enfermagem.</li> </ul>
--	--	--

<b>Objetivo</b>	<b>2 - Avaliar as alterações de comunicação presentes na pessoa com AVC e implementar planos de intervenção de acordo com as mesmas, adequando estratégias de comunicação;</b>	
<b>Domínios e Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
<p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca das alterações da linguagem em pessoas com AVC;</li> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca de estratégias a adotar;</li> <li>- Utilização de instrumentos de avaliação de alterações da linguagem;</li> <li>- Avaliação da compreensão da pessoa;</li> <li>- Adaptação das estratégias a cada pessoa e inclusão da pessoa e família no plano de cuidados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter realizado de pesquisa bibliográfica acerca das alterações da linguagem em pessoas com AVC;</li> <li>- Ter utilizado instrumentos de avaliação de alterações da linguagem;</li> <li>- Ter avaliado a compreensão da pessoa;</li> <li>- Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na linguagem;</li> </ul>

<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019)</p>	<p>-Elaboração e utilização de estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na linguagem;</p> <p>- Planeamento de intervenções que promovam a readaptação e reeducação funcional da pessoa com AVC com alteração da comunicação;</p> <p>- Planear e implementar um plano de reabilitação adaptado à pessoa com alteração da comunicação em contexto de AVC;</p> <p>- Elaboração de registos.</p>	<p>- Ter adaptados estratégias para cada pessoa e ter incluído a pessoa e família no plano de cuidados;</p> <p>- Ter planeado intervenções que promovam a readaptação e reeducação funcional da pessoa com AVC com alteração da linguagem;</p> <p>- Ter planeado e implementado um plano de reabilitação adaptado à pessoa com alteração da linguagem em contexto de AVC;</p> <p>- Ter elaborado registos.</p>
---	--	--

<b>Objetivo</b>	<b>3 - Conceber e implementar planos de formação à equipa de acordo com a dificuldade sentida em relação a estratégias de comunicação;</b>	
<b>Domínios e Competências</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores</b>
<p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca das alterações da comunicação em pessoas com AVC;</li> <li>- Monitorização de dificuldades comunicacionais junto da equipa;</li> <li>- Elaboração de um plano de formação dirigido à equipa multidisciplinar de acordo com as dificuldades demonstradas;</li> <li>- Reunião com enfermeira orientador e docente orientador para delinear o plano de intervenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter realizado pesquisa bibliográfica acerca das alterações da comunicação em pessoas com AVC;</li> <li>- Ter monitorizado dificuldades comunicacionais junto da equipa;</li> <li>- Ter elaborado um plano de formação dirigido à equipa multidisciplinar de acordo com as dificuldades demonstradas;</li> <li>- Ter reunido com enfermeira orientador e docente orientador para delinear o plano de intervenção.</li> </ul>

<p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; da pessoa.</p> <p>(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019</p>		
---	--	--

<b>Objetivo</b>	<b>4 - Capacitar a pessoa com alterações da comunicação e sua família para a sua readaptação e reintegração social;</b>	
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca das alterações da comunicação em pessoas com AVC;</li> <li>- Realização de pesquisa bibliográfica acerca de estratégias a adotar na comunicação com pessoas com alteração da linguagem;</li> <li>- Utilização de instrumentos de avaliação de alterações da linguagem;</li> <li>- Análise das estratégias facilitadoras e/ou de barreira para cada pessoa na área da linguagem;</li> <li>- Elaboração e utilização de estratégias e dispositivos de comunicação não verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter realizado pesquisa bibliográfica acerca das alterações da comunicação em pessoas com AVC;</li> <li>- Ter realizado pesquisa bibliográfica acerca de estratégias a adotar na comunicação com pessoas com alteração da linguagem;</li> <li>- Ter utilizado instrumentos de avaliação de alterações da linguagem;</li> <li>- Ter analisado estratégias facilitadoras e/ou de barreira para cada pessoa na área da linguagem;</li> <li>- Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal</li> </ul>

<p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019</p>	<p>durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na linguagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptação das estratégias a cada pessoa e inclusão da pessoa e família no plano de cuidados;</li> <li>- Implementação de um plano de cuidados centrado na pessoa que tenha em conta as suas alterações na linguagem, de modo a promover a sua reintegração social;</li> <li>- Elaboração de registos;</li> </ul>	<p>durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na linguagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter adaptado as estratégias a cada pessoa e incluído a pessoa e família no plano de cuidados;</li> <li>- Ter implementado um plano de cuidados centrado na pessoa que tenha em conta as suas alterações na linguagem, de modo a promover a sua reintegração social;</li> <li>- Ter elaborado registos;</li> </ul>
--	--	---

<b>Objetivo</b>	<b>5 - Examinar percurso desenvolvido para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EER.</b>	
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</p> <p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p> <p>(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019</p>	<p>- Elaboração de um documento de autoavaliação com os objetivos e as competências a serem atingidas;</p> <p>- Reunião com a professora orientadora e a enfermeira orientadora para discutir e refletir sobre o percurso educativo;</p> <p>- Elaboração de jornais de aprendizagens reflexivos sobre as atividades e aprendizagens desenvolvidas;</p> <p>- Elaboração do relatório de estágio.</p>	<p>- Ter elaborado um documento de autoavaliação com os objetivos e as competências a serem atingidas;</p> <p>- Ter reunido com a professora orientadora e a enfermeira orientadora para discussão e reflexão sobre o percurso educativo;</p> <p>- Ter elaborado jornais de aprendizagens reflexivos sobre as atividades e aprendizagens desenvolvidas;</p> <p>- Ter elaborado o relatório de estágio.</p>

Os critérios de avaliação e os recursos a mobilizar são comuns ao desenvolvimento de todas as competências e ao alcance de todos os objetivos, pelo que vão ser descritos de seguida:

### **Critérios de Avaliação:**

- Como é que as atividades planeadas e desenvolvidas se adequam ao desenvolvimento dos objetivos definidos e das competências definidas para o EEER?
- Como é que as atividades planeadas contribuem para a participação da pessoa e sua família no programa de reabilitação?
- De que modo é benéfico para a equipa a implementação de planos de formação na área da linguagem?

### **Recursos a mobilizar:**

- Humanos: Enfermeiro EEER Orientador; Docente orientador; Equipas multidisciplinares nos contextos de estágio; Pessoas e famílias no contexto de estágio.
- Físicos: Recursos presentes nas instituições do contexto de estágio e no domicílio das pessoas.
- Materiais: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação; Normas, Orientações e Informações da Direção Geral de Saúde; Bibliografia; Instrumentos de colheitas de dados aplicados na instituição; Escalas de Avaliação, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF), Escala de Coma de Glasgow, Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment, entre outras que possam ser pertinentes.

## **APÊNDICE 6- Cronograma**

## CRONOGRAMA

Mês/Ano	Setembro 2019	Outubro 2019	Novembro 2019		Dezembro 2019	Janeiro 2020	Fevereiro 2020
Dias	24-30	1-31	1-23	26-30	1-20	06-31	01-08
Locais de Estágio	Serviço de Medicina [REDACTED]			UCC [REDACTED]			
Objetivo 1							
Objetivo 2							
Objetivo 3							
Objetivo 4							
Objetivo 5							
Relatório de Estágio							



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

10º CMEER  
Unidade Curricular – Opção II

**Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade**

Discente:  
Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador:  
Maria Fátima Marques

Lisboa, Junho de 2019

1

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Índice**

- Identificação do Projeto
- Justificação do tema
- Dados Epidemiológicos
- Protocolo de Revisão Scoping
- Revisão da literatura
- Modelo Teórico
- Contextos de Estágio
- Referências Bibliográficas

2

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Identificação do Projeto**

**Título**

- Intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao Doente com AVC com alterações da linguagem na comunidade.

**Palavras Chave**

- Enfermagem de Reabilitação; Adulto; AVC; Comunicação; Linguagem.

3

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Justificação do tema**

**Motivação pessoal**

- Contexto de trabalho: UMDR com grande número de internamentos por AVC;
- Dificuldade em comunicar com pessoas com alteração da comunicação.

**Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (1)**

- Suporta a prática clínica em evidência científica – “Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (p. 4749).

**Áreas de investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2)**

- Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva – área considerada prioritária.

(1) OE (2019); (2) OE (2015)

4

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Dados Epidemiológicos (AVC)

Incidência (1)	Mortalidade	Incapacidade/sequelas (1)	Custos (UE, 2015) (1)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mundial: 17 milhões anualmente;</li> <li>UE: 613.148 (2015);</li> <li>Tendência a aumentar em cerca de 34% (de 613.148 para 819.771) na UE (2015 - 2035).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segunda principal causa de morte mundial (2);</li> <li>Principais causas de morte em Portugal (3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma das principais causas de incapacidade no adulto;</li> <li>Estima-se aumento de 25% do número de pessoas sobreviventes de AVC com sequelas (de 3.718.785 para 4.631.050) na UE entre 2015 e 2035.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total: € 45 biliões;</li> <li>Diretos: € 20 biliões, dos quais 72% corresponde a internamento hospitalar;</li> <li>Indiretos: €15,9 biliões - cuidadores informais; €9,4 biliões por mortalidade e morbidade.</li> </ul>

(1) King's College London (2017); (2) OMS (2018); (3) The Institute for Health Metrics and Evaluation (2017)

5

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Protocolo de Revisão Scoping

**Questão de Investigação**

- Quais são as intervenções de Enfermagem de Reabilitação (C) ao Doente com AVC com alterações da linguagem (P) na comunidade (C)?

**Estratégia de pesquisa**

- Limitadores: Texto Integral; Data de publicação: 2014 e 2019); Analisado por Pares; Modo de pesquisa: Booleana/Frase
- EBSCOhost: CINAHL Complete e MEDLINE Complete.

**Crítérios de inclusão**

- Ser adulto; Ter sofrido AVC; Apresentar alterações de linguagem.

**Crítérios de exclusão**

- Não ser adulto; Não ter sofrido AVC; Não apresentar alterações de linguagem.

**Descritores**

- Adult, Stroke, Rehabilitation, Rehabilitation of Speech and Language Disorders, Rehabilitation Nursing, Nursing Home, Home, Long Term Care, Communication, Language, Nonverbal Communication

6

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Combinação de Marcadores	Nº de artigos encontrados	
	CINAHL Complete	MEDLINE Complete
S1: Adult AND Stroke	5672	16139
S2: Nursing Home OR Home OR Long Term Care	34296	52963
S3: Rehabilitation OR Rehabilitation Nursing OR Rehabilitation of Speech and Language Disorders	29011	89083
S4: Communication OR Language AND Nonverbal Communication	37584	86356
S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	7	17

24 artigos → 3 repetidos → Após verificação critério de inclusão/exclusão → 4 artigos

7

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Revisão da Literatura

Utente com afasia apresenta redução na participação nas suas atividades. (Chiou & Yu, 2018)

Durante a recuperação, as pessoas desejam um sistema de suporte e maior contacto com os profissionais de saúde que se concentrem nas suas necessidades e preocupações individuais. (Connolly & Mahoney, 2018)

A afasia após o AVC influencia o funcionamento, emoção e participação social e também diminui a qualidade de vida. Estas questões tendem a ser subestimadas devido à capacidade de comunicação limitada. Assim, é importante um programa focado na melhoria da comunicação, participação social e gestão do sofrimento emocional. (Lee, Lee & Choi, 2015)

Cuidar de pessoas com alterações de comunicação secundárias a AVC requer enfermeiros que tenham competências para saber comunicar de forma eficaz. (McGilton et al., 2018)

8

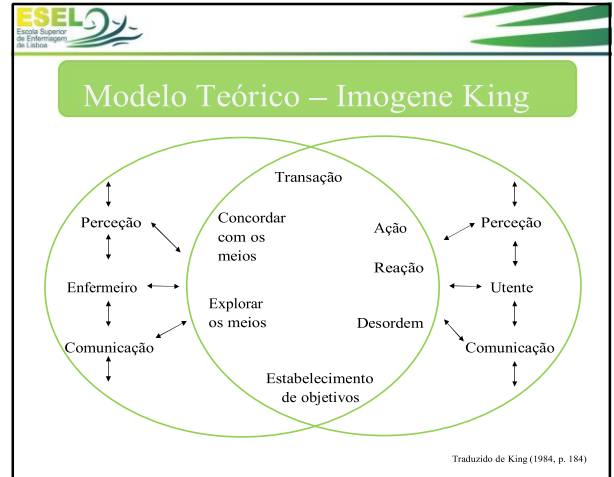
**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Revisão da Literatura

Foi avaliado em 20 utentes com afasia o efeito de um tratamento pragmático que é aplicado por videoconferência. Este tratamento resultou na melhoria da eficácia da comunicação funcional. Além disso, alivia o stress pelo afastamento das instituições de saúde, diminui o impacto da alteração da mobilidade associada ao AVC. Porém, é necessário cumprir certos requisitos, tais como: necessidade de ligação à internet e web cam, assistência de um cuidador, suporte da tecnologia de informação. (Macoir, Sauvageau, Boissy, Tousignant & Tousignant, 2017)

A maioria dos utentes institucionalizados unidades de longa duração (EUA) tem alterações da comunicação e os profissionais com quem comunicam com mais frequência não são suficientemente treinados ou não têm tempo disponível para tentarem comunicar com o doente. Os planos de comunicação são úteis para facilitar a comunicação com os utentes e melhora a relação entre profissional e utente e a satisfação na prestação de cuidados. (Page, Marshall, Howell & Rowles, 2017)

9



10

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Contextos de Estágio

- Serviço Medicina [REDACTED]
- UCC [REDACTED]

11

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Referências Bibliográficas

- Assembleia do colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação. (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 28 de abril de 2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Connolly, T. & Maahoney, E. (2018). Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing* 27, 3979-3987. Acedido em 20 de maio de 2018. Doi: 10.1111/jocn.14563
- Chiou, H. S. & Yu, Y. (2018). Measuring life participation, communicative confidence, language, and cognition in people with aphasia: Perspectives of the ASHA Special Interest Group (2), 4-12. Acedido em 07 de maio de 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1044/perisp.3.SIG2.4>
- Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* - 2.ª Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 21 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- King, I.M. (1984). *Enfermeria como profissão - Filosofia, princípios y objetivos*. México: Editorial Limusa.
- King's College London (2017). *The burden of stroke in Europe - The challenge for policy makers*. Acedido em 28 de maio de 2019. Disponível em [http://www.strokeeurope.eu/downloads/The\\_Burden\\_of\\_Stroke\\_in\\_Europe\\_-\\_Challenges\\_for\\_policy\\_makers.pdf](http://www.strokeeurope.eu/downloads/The_Burden_of_Stroke_in_Europe_-_Challenges_for_policy_makers.pdf)

12

## Referências Bibliográficas

- Lee, H., Lee, Y., Choi, H. & Pyun, S-B. (2015). Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56 (6), 1694-1702. Acedido em 07 de maio de 2019. Doi: 10.3349/ymj.2015.56.6.1694
- Macoir, J., Sauvageau, V. M., Boissy, P., Tousignant, M. & Tousignant, M. (2017). Inhome synchronous telespeech therapy to improve functional communication in chronic poststroke aphasia: results from a quasi-experimental study. *Telemedicine Journal And E-Health: The Official Journal Of The American Telemedicine Association*, 23 (8), 630-639. Acedido em 07 de maio de 2019. Doi: 10.1089/tmj.2016.0235
- McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H. ... Sidani, S. (2018). *Applied Nursing Research* 39, 189–194. Acedido em 07 de maio de 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.017>
- Page, C. G., Marshall, R. C., Howell, D. & Rowles, G. D. (2018). Use of communication plans by certified nursing assistants: little things mean a lot. *Aphasiology*, 32 (5), 559-577. Acedido em 07 de maio de 2019. Doi: 10.1080/02687038.2017.1376307
- The Institute for Health Metrics and Evaluation (2017). Country profiles – Portugal. Acedido em 28 de maio de 2019. Disponível em <http://www.ihme.org/Portugal>
- World Health Organization (2018). The top of 10 causes of death. Acedido em 28 de maio de 2019. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

10º CMEER

Unidade Curricular – Opção II

**Intervenções de Enfermagem de  
Reabilitação à Pessoa com  
Alteração da Comunicação por  
Acidente Vascular Cerebral  
Inserida na Comunidade**

Discente:  
Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador:  
Maria Fátima Marques

Lisboa, Julho de 2019

1

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Índice**

- Enquadramento
- Metodologia
- Objetivos gerais
- Objetivos específicos
- Atividades a desenvolver
- Cronograma
- Referências Bibliográficas

2

**Enquadramento**

Mais de 50% das pessoas que sofreram AVC apresentam distúrbios de comunicação (Goulart et al., 2016)

A maioria dos utentes institucionalizados unidades de longa duração tem alterações da comunicação e os profissionais com quem comunicam com mais frequência não são suficientemente treinados ou não têm tempo disponível para tentarem comunicar com o doente (Page, Marshall, Howell & Rowles, 2017).

Os planos de comunicação são úteis para facilitar a comunicação com os utentes e melhora a relação entre profissional e utente e a satisfação na prestação de cuidados (Page, Marshall, Howell & Rowles, 2017).

3

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Metodologia**

**Questão de Investigação**

- Quais são as intervenções de Enfermagem de Reabilitação (C) ao Doente com AVC com alterações da linguagem (P) na comunidade (C)?

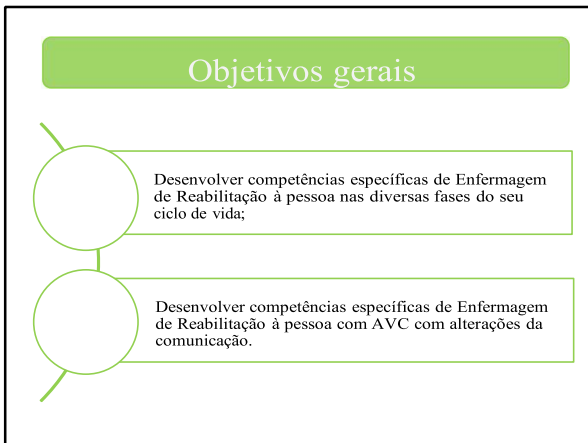
**Estratégia de pesquisa**

- Limitadores: Texto Integral; Data de publicação: 2014 e 2019); Analisado por Pares; Modo de pesquisa: Booleana/Frase
- EBSCOhost: CINAHL Complete e MEDLINE Complete.

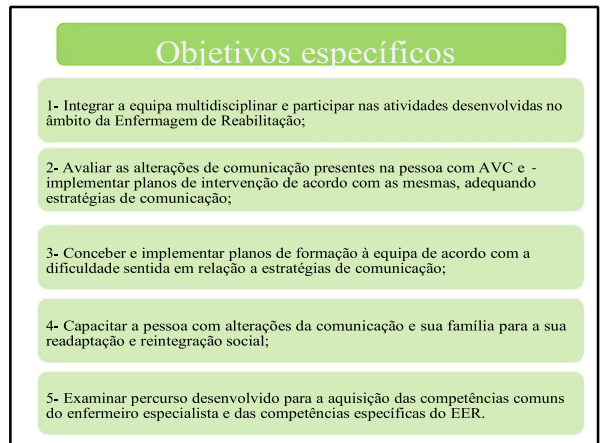
**Palavras Chave**

- Enfermagem de Reabilitação; Adulto; AVC; Comunicação; Linguagem.

4



5



6

Atividades a desenvolver		
Objetivo específico	Planear e implementar planos de intervenção à pessoa com alterações das funções cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e/ou sexualidade.	Indicadores
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais .	- Realização de pesquisa bibliográfica; - Avaliação do risco de alteração da funcionalidade da pessoa;	Ter realizado pesquisa bibliográfica; - Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade da pessoa;
B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.	- Colheita de dados à pessoa e sua família sobre a sua situação de saúde-doença; - Avaliação da capacidade funcional de cada pessoa na satisfação das suas AVD's e do impacto que a alteração na funcionalidade tem na sua qualidade de vida;	Ter realizado colheita de dados à pessoa e sua família sobre a sua situação de saúde-doença; Ter avaliado a capacidade funcional de cada pessoa na satisfação das suas AVD's e o impacto que a alteração na funcionalidade tem na sua qualidade de vida;
D2: Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	- Identificação das necessidades de intervenção para otimizar a capacidade funcional da pessoa; - Elaboração, monitorização e reajuste de planos de intervenção de acordo com as necessidades de cada pessoa;	Ter identificado as necessidades de intervenção para otimizar a capacidade funcional da pessoa;
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;	- Utilização e apoio para utilização de produtos de apoio; - Promoção de estratégias que permitam readaptação funcional e social.	Ter realizado ensino para utilização de produtos de apoio; - Ter promovido estratégias que permitam readaptação funcional e social.
J2 - Capacita a pessoa com deficiência, da limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;		Ter elaborado, monitorizado e reajustado planos de intervenção de acordo com as necessidades de cada pessoa;
J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		Ter utilizado e realizado ensino para utilização de produtos de apoio; - Ter promovido estratégias que permitam readaptação funcional e social.

(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019)

7

Atividades a desenvolver		
Objetivo específico	Planear e desenvolver estratégias de comunicação durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC;	Indicadores
Domínios e Competências	Atividades	Indicadores
A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais .	- Realização de pesquisa bibliográfica acerca das alterações da comunicação em pessoas com AVC; - Realização de pesquisa bibliográfica acerca de estratégias a adotar, nomeadamente acerca da comunicação não verbal;	Ter realizado pesquisa bibliográfica que suportem as intervenções/estratégias adotadas; Ter utilizado instrumentos de avaliação relativos à alteração de linguagem; Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação; - Ter adaptado estratégias/intervenções a cada pessoa e incluído a pessoa e a família no plano de cuidados; - Ter monitorizado dificuldades comunicacionais sentidas pela equipa e criado um plano de formação de acordo com as mesmas; Ter elaborado registos.
C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;	- Utilização de instrumentos de avaliação de alterações da linguagem, como por exemplo a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (Damásio, 1973; Castro-Caldas, 1979; Ferro, 1976, citado por Fonseca, 2018); - Elaboração e utilização de estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação;	Ter realizado pesquisa bibliográfica que suportem as intervenções/estratégias adotadas; Ter utilizado instrumentos de avaliação relativos à alteração de linguagem; Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação; - Ter adaptado estratégias/intervenções a cada pessoa e incluído a pessoa e a família no plano de cuidados; - Ter monitorizado dificuldades comunicacionais sentidas pela equipa e criado um plano de formação de acordo com as mesmas; Ter elaborado registos.
D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	- Adaptação das estratégias a cada pessoa e inclusão da pessoa e família no plano de cuidados;	Ter realizado pesquisa bibliográfica que suportem as intervenções/estratégias adotadas; Ter utilizado instrumentos de avaliação relativos à alteração de linguagem; Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação; - Ter adaptado estratégias/intervenções a cada pessoa e incluído a pessoa e a família no plano de cuidados; - Ter monitorizado dificuldades comunicacionais sentidas pela equipa e criado um plano de formação de acordo com as mesmas; Ter elaborado registos.
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;	- Monitorização de dificuldades comunicacionais junto da equipa e criação de um plano de formação de acordo com as mesmas; - Elaboração de registos.	Ter realizado pesquisa bibliográfica que suportem as intervenções/estratégias adotadas; Ter utilizado instrumentos de avaliação relativos à alteração de linguagem; Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação; - Ter adaptado estratégias/intervenções a cada pessoa e incluído a pessoa e a família no plano de cuidados; - Ter monitorizado dificuldades comunicacionais sentidas pela equipa e criado um plano de formação de acordo com as mesmas; Ter elaborado registos.
J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;		Ter realizado pesquisa bibliográfica que suportem as intervenções/estratégias adotadas; Ter utilizado instrumentos de avaliação relativos à alteração de linguagem; Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação; - Ter adaptado estratégias/intervenções a cada pessoa e incluído a pessoa e a família no plano de cuidados; - Ter monitorizado dificuldades comunicacionais sentidas pela equipa e criado um plano de formação de acordo com as mesmas; Ter elaborado registos.
J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.		Ter realizado pesquisa bibliográfica que suportem as intervenções/estratégias adotadas; Ter utilizado instrumentos de avaliação relativos à alteração de linguagem; Ter elaborado e utilizado estratégias e dispositivos de comunicação não verbal durante a prestação de cuidados à pessoa com AVC com alterações na comunicação; - Ter adaptado estratégias/intervenções a cada pessoa e incluído a pessoa e a família no plano de cuidados; - Ter monitorizado dificuldades comunicacionais sentidas pela equipa e criado um plano de formação de acordo com as mesmas; Ter elaborado registos.

(Diário da República nº85, série 2, 2019; Diário da República nº140, série 2, 2019)

8

Cronograma							
Mês/Ano	Setembro 2019	Outubro 2019	Novembro 2019		Dezembro 2019	Janeiro 2020	Fevereiro 2020
Dias	24-30	1-31	1-23	26-30	1-20	06-31	01-08
Locais de Estágio	Serviço de Medicina [REDACTED]			UCC [REDACTED]			
Objetivo 1							
Objetivo 2							
Objetivo 3							
Objetivo 4							
Objetivo 5							
Objetivo 6							
Objetivo 7							

9

### Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei nº 140/2019, de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República – 2.ª Série, nº 140, de 6 de fevereiro de 2019. Acedido em 21 de maio de 2019. Disponível em: <https://www.orde.nfermeiros.pt/media/110778/0474404750.pdf>
- Fonseca, J. (2018). Avaliação da linguagem de pessoas com afasia. In S.P. J. Fonseca (Coord.), Afasia e comunicação após lesão cerebral- definição, classificação e reabilitação (pp51-59). Lisboa: Pápa-Letras
- Goulart, B. N. G., Almeida, C. P. B., Silva, M. W., Oenning, N. S. X. & Lagni, V. B. (2016). Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. Audiology Communication Research, 21. Acedido em 07 de junho de 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>
- Page, C. G., Marshall, R. C., Howell, D. & Rowles, G. D. (2018). Use of communication plans by certified nursing assistants: little things mean a lot. Aphasiology, 32 (5), 559-577. Acedido em 07 de maio de 2019. Doi: 10.1080/02687038.2017.1376307
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 15 de junho de 2019. Disponível em: [https://dre.pt/avaliacao/boletim/dre/122216893/detalhes/maximizad?serie=II&partic\\_filtra=33&data=2019-05-01&drId=122202664](https://dre.pt/avaliacao/boletim/dre/122216893/detalhes/maximizad?serie=II&partic_filtra=33&data=2019-05-01&drId=122202664)
- (Diário da República nº140, série 22019)

10



10º CMEER

Unidade Curricular – Opção II

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade

Discente:  
Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador:  
Maria Fátima Marques

Lisboa, Julho de 2019

11

## **ANEXOS**

**ANEXO 1-** Correspondência geral entre tipos de afasia e lesão hemisférica esquerda

## CORRESPONDÊNCIA GERAL ENTRE TIPOS DE AFASIA E LESÃO HEMISFÉRICA ESQUERDA

<b>Afasia Global</b>	<p>Pode ocorrer por três tipos de lesão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Lesões extensas de todo o território da artéria cerebral média esquerda (fronto-temporo-parietais);</li> <li>b) Enfartes subcorticais do hemisfério esquerdo em fase aguda;</li> <li>c) Lesões duplas do hemisfério esquerdo (fronto-insular + temporal).</li> </ul>
<b>Afasia de Broca</b>	Lesões fronto-insulares (cortico-subcorticais) esquerdas.
<b>Afasia Transcortical Motora</b>	Lesão frontal incluindo a convexidade frontal, mas poupando parte da área de Broca.
<b>Afasia Transcortical Mista</b>	Idêntica à anterior, mas envolvendo ainda o território da artéria cerebral média - artéria cerebral posterior esquerdas.
<b>Afasia de Wernicke</b>	Lesão extensa temporal ou temporo-parietal esquerda (ramos posteriores da artéria cerebral média esquerda).
<b>Afasia de Condução</b>	Lesões circunscritas à ínsula ou lobo parietal esquerdos ou lesões mais extensas em fase crónica.
<b>Afasia Anômica</b>	Pequenas lesões temporais ou parietais, ou fases crónicas da afasia fluentes ou não fluentes, recuperadas.
<b>Afasia Transcortical Sensorial</b>	Território da barragem artéria cerebral média-artéria cerebral posterior esquerda.

**ANEXO 2-** Classificação dos quadros de afasia de acordo com os critérios: fluência, compreensão, nomeação e repetição

**CLASSIFICAÇÃO DOS QUADROS DE AFASIA DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS: FLUÊNCIA, COMPREENSÃO, NOMEAÇÃO E REPETIÇÃO**

<b>Tipo de afasia</b>	<b>Fluência</b>	<b>Compreensão</b>	<b>Nomeação</b>	<b>Repetição</b>
<b>Broca</b>	Não-fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
<b>Wernicke</b>	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Condução</b>	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
<b>Anômica</b>	Fluente	Normal	Perturbada	Normal
<b>Transcortical sensorial</b>	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
<b>Transcortical motora</b>	Não-fluente	Normal	Perturbada	Normal
<b>Transcortical mista</b>	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
<b>Global</b>	Não-fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Surdez verbal pura</b>	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada

Fonte: Caldas, 2000, p. 175



# AVALIAÇÃO DAS AFASIAS: PROCEDIMENTOS E COMPORTAMENTOS

## Fluência do discurso

**Procedimentos de avaliação:** Análise do discurso espontâneo que resulta da conversa conosco.

- **Afasia de Broca:** não fluente- Por ordem decrescente de gravidade ou crescente de recuperação: Mutismo => Esteriótipo => Esteriótipo com prosódia => Palavras isoladas, por vezes corretas => Frases curtas com agramatismo e por isso telegráficas; discurso limitado, lento e esforçado, com erros de gramática. Para se fazer entender a pessoa usa entoações diferentes, mímica e gestos. Sob stress emocional diz improperios.

- **Afasia de Wernicke:** Fluente ou hiperfluente – Discurso claro, bem articulado e entoadado, com sintaxe, produzido sem esforço, mas com pouco sentido por falta de substantivos, uso de parafasias e circunloquções. Por ordem decrescente de gravidade ou crescente de recuperação: Jargonafasia => Domínio de parafasias (semânticas, fonológicas e neologismos) => Circunloquções => Predomínio de pausas anómicadas => Algumas pausas anómicadas/parafasias ocasionais => Erros gramaticais.

- **Afasia de condução e sensitiva transcortical:** fluentes.

- **Afasia motora transcortical e global:** não fluentes.

## Compreensão auditiva verbal

**Procedimentos de avaliação:** Ordens de complexidade crescente de resposta não-verbal: “feche os olhos”, “leve o dedo indicador direito à orelha esquerda”; Respostas de sim/não com a cabeça a questões simples. Compreendem melhor o discurso coloquial que simplesmente as ordens.

- **Afasia de Broca:** relativamente preservada – obedece a ordens simples.

- **Afasia de Wernicke:** comprometida – Formas mais graves: incapaz de compreender. Formas menos graves: entende uma palavra ou outra; reconhece o seu nome; executa ordens muito simples. Pode até manter conversa simples se tema banal, mas a afasia manifesta-se quando se muda de tema.

- **Afasia de condução e motora transcortical:** preservada.

- **Afasia sensitiva e global:** comprometida

## Nomeação de objetos por confrontação visual

É a prova que permite diagnosticar a afasia com mais facilidade. Em todas há erros de nomeação.

**Procedimentos de avaliação:** Mostrar objetos correntes e pedir para nomeá-los. Se a pessoa tem dificuldade podemos dar pistas verbais (“Para ver as horas usa um...?”).

- **Afasia de Broca:** anomia parcial (p.ex 2/5 objetos).

- **Afasia de Wernicke:** comprometida (p.ex: parafasias).

- **Afasia anômica** (fluência, compreensão e repetição mantidas): discurso pobre; circunlocuções; estereótipo; déficit pode ser seletivo para categorias de palavras (verbos, substantivos, objetos animados ou inanimados) ou para o contexto de palavra isolada ou frase.

### **Repetição de palavras**

**Procedimentos de avaliação:** pronunciar claramente e pedir para repetir sucessivamente: letras, monossílabos, palavras de uso frequente e finalmente frases de complexidade crescente.

- **Afasia de Broca:** comprometida.

- **Afasia de Wernicke:** erros geralmente fonológicos e ligados a certas categorias de palavras, por exemplo, palavras abstratas.

- **Afasia de condução:** distúrbio severo.

- **Afasia global:** comprometida.

- **Afasia sensitiva transcortical e afasia motora transcortical:** relativamente preservada; Ecolália.

APÊNDICE II – Folheto “Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória a realizar no domicílio”

## Exercícios de Reeducação Funcional Respiratória a realizar no domicílio

### 1. Controlo e dissociação dos tempos respiratórios:

- Inspirar de forma tranquila pelo nariz, como se cheirasse uma flor;
- Expirar com os lábios semisserrados como se soprasse uma vela, calmamente;
- Colocar a mão na região abdominal para sentir o abdómen a “subir” quando inspira, e a “descer” quando expira;



### 2. Exercícios a realizar em decúbito dorsal:

**2.1 Reeducação diafragmática global:** colocar a mão na região abdominal e quando expira fazer ligeira pressão. Pode também colocar um peso de modo a exercitar o diafragma, principal músculo da respiração;



- Serviço [redacted]. Telefone: [redacted]  
- Estudante de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Vera Santos  
- Enfermeira Especialista de Reabilitação: [redacted]  
- Enfermeira Chefe Especialista de Reabilitação: [redacted]

**2.2 Reeducação costal inferior/superior bilateral:** Colocar as mãos sobre as costelas, na região inferior/superior do tórax, fazendo pressão aquando da expiração;



**2.3 Reeducação costal global:** Com a ajuda de um bastão (pode ser substituído por exemplo por uma vassoura), elevar os dois braços durante a inspiração e baixar os braços durante a expiração;



**3. Exercícios a realizar em decúbito lateral (repetir nos dois lados):** posicionar em lateral, com o membro inferior que fica por cima em extensão e o que fica por baixo em flexão:

**3.1 Reeducação da hemicúpula:** Colocar a mão que se encontra no lado oposto ao da cama junto à região abdominal que se encontra junto à cama, fazendo pressão aquando da expiração;



**3.2 Reeducação costal seletiva:** Elevar o braço aquando da inspiração, baixar o braço aquando da expiração. Pode fazer este exercício com um peso na mão;



#### Fontes:

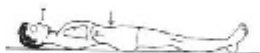
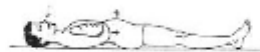
- Cleveland Clinic (2018). *Respiração diafragmática*. Acedido em 31 de outubro de 2019. Disponível em <https://www.chartonbaggio.com/single-post/2018/07/30/Respira%C3%A7%C3%A3o-diafragma%C3%A1tica>
- Ferreira, J. (s.d.). *Exercícios de respiração abdominal e diafragmática*. Acedido em 31 de outubro de 2019. Disponível em <http://www.yogalife.pt/geral/exercicios-de-respiracao-abdominal-e-diafragmatica/>
- Heitor, M. C., Canteiro, M. C., Ferreira, J. M., R., Olabanzal, M., & Maia, M. O. (s.d.). *Reeducação funcional respiratória*. Boehringer Ingelheim: Lisboa.
- Sitta, E. (2012). *Terapia Respiratória (parte II)*. Acedido em 31 de outubro de 2019. Disponível em <https://ericasitta.wordpress.com/2012/01/09/terapia-respiratoria-parte-ii/>
- Sousa, L., Cordeiro, M. C., Pereira, S., Moreno, F., & Matias, A. (2019). Reeducação funcional respiratória no doente transplantado hepático com derrame pleural. *Sinais vitais*. Acedido em 31 de outubro de 2019. Disponível em [https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1021/1/sv86\\_rfr\\_derrame\\_pleural.pdf](https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1021/1/sv86_rfr_derrame_pleural.pdf)

APÊNDICE III – Folheto “Fratura subtrocantérica com colocação de material de osteossíntese: Exercícios a realizar no pós-operatório”

## Fratura subtrocanterica com colocação de material de osteossíntese:

### Exercícios a realizar no pós-operatório

**Respiração diafragmática** para fortalecimento dos músculos da região abdominal (pode realizar sentado ou deitado, várias vezes por dia): Inspirar pelo nariz (como se estivesse a cheirar), sentindo o ar a "empurrar" o abdômen e expirar pela boca (como se estivesse a soprar).



**Dorsiflexão/Flexão plantar da tibiotársica:**



Levantar o pé



Baixar o pé

**Flexão/ Extensão da articulação coxofemoral:** Elevar e baixar o membro inferior, sem ultrapassar os 90°.



**Extensão Lombo-pélvica ou meia ponte:**

- Com o membro operado em extensão, fletir membro inferior não operado e realizar força para elevar a região lombo-pélvica (realizar em seqüências de 5 vezes).



**Flexão e extensão do joelho (no leito, sentado ou de pé, com auxílio de uma cadeira):** esticar e dobrar o joelho.



**Levante da cama:** Sair pelo lado operado, com o membro operado em extensão. Fletir o membro sã e rodar até tocar no chão. Evitar fletir o tronco acima dos 90°.



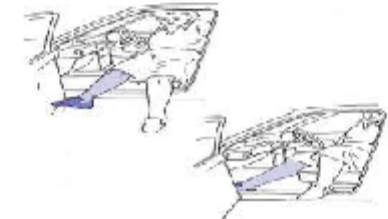
**Sentar ou levantar da cadeira:** Colocar membro operado em extensão e fazer força com os membros superiores.



**Apanhar objetos do chão:** Apoiar os membros superiores e colocar o membro operado em extensão para trás.



**Entrar e sair do carro:** Sentar com os membros inferiores para fora e rodar os membros inferiores para dentro com o membro operado em extensão.



# Fratura subtrocantérica com colocação de material de osteossíntese:

## Exercícios a realizar no pós-operatório

**Treino de marcha (com andarilho ou canadiana):** 1. Avançar andarilho ou canadianas; 2. Deslocar membro operado; 3. Deslocar membro são. Ao mudar de direção, virar sobre o lado são.



**Treino de subir e descer escadas:** Para subir: 1. Membro inferior são; 2. Membro inferior operado; 3. Canadianas. Para descer: 1. Canadianas; 2. Membro inferior operado; 3. Membro inferior são.



**Movimentos a evitar:**

Cruzar as pernas;



Rotação interna do membro inferior;

Flexão da anca superior a 90° (não sentar em cadeiras muito baixas ou inclinar tronco para a frente quando sentado):



- Serviço [REDAZIDO]  
- Vera Santos, Estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.  
[REDAZIDO] Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Fontes:

Barros, E., Cambuzzi, G., Souza, J., Barroso, J., & Silva, L. (2017). *Cuidados e orientações ao paciente submetido a artroplastia de quadril*. Acedido a 10 de outubro de 2019. Disponível em [http://www.cefid.udesc.br/arquivos/ld\\_submenu/2263/cuidados\\_e\\_orientacoes\\_ao\\_paciente\\_submetido\\_a\\_artroplastia\\_de\\_quadril.pdf](http://www.cefid.udesc.br/arquivos/ld_submenu/2263/cuidados_e_orientacoes_ao_paciente_submetido_a_artroplastia_de_quadril.pdf)

Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E. – Serviço de Ortopedia (2018). *Prótese total do joelho- guia para a alta*. Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em [http://www.chma.pt/portal/images/docs/guias/2/CHMA\\_Folheto\\_ProteseJoelhoAlta\\_VF.pdf](http://www.chma.pt/portal/images/docs/guias/2/CHMA_Folheto_ProteseJoelhoAlta_VF.pdf)

Fonte: Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Osteoartrite na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coord.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp 405-420). Loures, Lusodidacta.

Glancarlo Polesello – Ortopedia especializada em quadril (s.d.). *Orientações nas atividades de vida diária*. Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em <https://www.oquadril.com.br/protese-total-do-quadril-guia-de-reabilitacao/orientacoes-nas-atividades-de-vida-diaria/>

Pinheiro, M. (s.d.). *Como acelerar a recuperação após prótese de quadril*. Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em <https://www.tuasaude.com/como-acelerar-a-recuperacao-apos-protese-de-quadril/>

Rayes, A. (s.d.). *Pilates para os pés. Quais exercícios para fortalecer*. Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em <http://aprumoequilibriocorporal.com.br/site/os-pes-tambem-enfraquecem-voce-ja-treinou-hoje/>

Silva, P (2013). *Artroplastia total do quadril*. Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em <https://pt.silidshare.net/AdrianoPires/artroplastia-total-de-quadril-2>

*Técnica de respiração e exercícios de respiração* (2016). Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em <http://cantonaopratica.blogspot.com/2016/07/tecnica-vocal-respiracao.html>

APÊNDICE IV – Estudo de Caso realizado no contexto de comunidade

**Curso de Mestrado em Enfermagem:**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**2º Ano, 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

## **ESTUDO DE CASO**

**Discente**

Vera Lúcia Tavares Santos nº 8867

**Lisboa**

**Curso de Mestrado em Enfermagem:**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**2º Ano, 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

## **ESTUDO DE CASO**

**Local de Estágio:** Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**Discente:** Vera Lúcia Tavares Santos nº 8867

**Docente:** Prof. Doutora Maria Fátima Marques

**Enfermeiro Orientador:**

**Lisboa**

Janeiro de 2020

## **SIGLAS**

AVC- Acidente vascular cerebral

AVD- Atividades de vida diária

Bpm- Batimentos por minuto

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cp- Comprimido

DPOC- Doença pulmonar obstrutiva crônica

ECCI- Equipe de cuidados continuados integrados

EEER- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

FC- Frequência cardíaca

FR- Frequência respiratória

GOLD- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

H- Hora

HTA- Hipertensão arterial

L/min- Litro por minuto

Mcg- Micrograma

Mg- Miligrama

MIF- Medida de independência funcional

mmHg- Milímetros de mercúrio

NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale

O2- Oxigénio

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFM- Reabilitação funcional motora

RNCCI- Rede nacional de cuidados continuados integrados

SCM- Santa casa da misericórdia

SpO2- Saturação periférica de oxigénio

Sr<sup>a</sup>- Senhora

SU- Serviço de urgência

TA- Tensão arterial

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
1. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA .....	9
2. COLHEITA DE DADOS .....	13
2.1. Dados pessoais .....	13
2.3. Antecedentes de saúde .....	14
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL .....	17
3.1. Avaliação da função respiratória .....	17
3.2. Avaliação neurológica .....	18
3.3. Avaliação da função muscular .....	22
3.4. Avaliação da dor .....	24
3.5. Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado .....	24
4. RELAÇÃO ENTRE TEORIA DE CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING E A PESSOA .....	37
5. PLANO DE CUIDADOS .....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
APÊNDICES	
Apêndice 1- Apresentação em Power Point (20 de janeiro de 2020)	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Avaliação da função respiratória .....	17
Quadro 2- Avaliação dos pares craneanos .....	19
Quadro 3– Avaliação da NIHSS .....	20
Quadro 4- Avaliação da função muscular segundo a Escala Medical Research Council .....	22
Quadro 5- Avaliação da sensibilidade .....	23
Quadro 6- Avaliação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel.....	24
Quadro 7 - Avaliação da Independência Funcional através da aplicação da Escala Medida de Independência Funcional (MIF) .....	26
Quadro 8 - Avaliação da CIF do idoso .....	29
Quadro 9- Plano de cuidados.....	43

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1- Relação entre a Teoria de Imogene King e o estabelecimento do plano de cuidados.....	42
Figura 2: Análise do internamento através dos sistemas de Imogene King .....	50

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi proposta a elaboração de um estudo de caso no decorrer no estágio que estou a efetuar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de [REDACTED]

A realização do estudo de caso permite uma assimilação dos conteúdos lecionados, dando possibilidade de colocar em prática alguns instrumentos de avaliação que permitem realizar uma correta colheita de dados e avaliação da pessoa e, conseqüentemente, delinear um plano de cuidados adequado às suas necessidades. Este plano de cuidados descreverá as intervenções de enfermagem de reabilitação que devem ter em conta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), que incidem na importância do cuidar da pessoa com base nas suas necessidades e possibilidades, investindo na sua capacitação e maximização da sua funcionalidade (Diário da República nº85, série 2, 2019).

A escolha desta pessoa para o estudo baseou-se no facto de esta ter apresentado um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que provocou, entre outras sequelas, alteração a nível da comunicação, o que corresponde ao tema do meu projeto “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade”.

Ao longo deste estudo de caso vou começar por realizar uma breve revisão bibliográfica acerca das patologias que conduziram ao internamento da pessoa na ECCI e que condiciona o plano de reabilitação. Posteriormente irei descrever a colheita de dados, realizada através do Programa Informático *SClinic* e a plataforma da Rede Nacional dos Cuidados Continuados (RNCCI) e o exame físico e funcional. De seguida irei realizar uma reflexão acerca da relação entre teoria de consecução de objetivos de Imogene King e por fim delinear um plano de cuidados adequado à pessoa.



# 1. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

O processo de envelhecimento é um processo no qual se verifica uma tendência para o agravamento da morbidade na pessoa e existe um aumento das doenças crónico-degenerativas e as suas complicações e a uma maior prevalência de incapacidade funcional (Alves, Leite & Machado, 2008).

Segundo Radwanski (2011) verificam-se durante este processo algumas alterações, sendo estas a vários níveis. A nível muscular pode verificar-se uma diminuição da mobilidade, redistribuição dos minerais ósseos, redistribuição da massa muscular e da gordura, atrofia muscular por desuso, diminuição da força e movimentos mais lentos. A nível cardiopulmonar destacam-se a redução da capacidade de trabalho cardíaca, a diminuição da força de bombagem do coração, a diminuição da distensibilidade da caixa torácica, a diminuição do reflexo de tosse e a redução da atividade ciliar, o que conduz a um aumento do risco de infeção pulmonar. No que respeita ao nível neurológico, podem verificar-se uma diminuição da memória a curto prazo, reflexos mais lentos, aumento do tempo de resposta, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição do equilíbrio e da coordenação e diminuição dos recetores sensoriais para a dor, temperatura e sensibilidade táctil.

Os fatores descritos anteriormente em conjunto com alguns fatores de risco, podem conduzir ao aparecimento de algumas patologias e/ou agravamento das complicações das mesmas.

A pessoa que escolhi para o meu estudo de caso sofreu dois acidentes vasculares cerebrais e tem doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Estas duas patologias são as que mais condicionaram/condicionam a vida da pessoa, uma vez que alteram a tolerância ao esforço e a sua mobilidade e conseqüentemente as suas atividades de vida diária (AVD), pelo que seguidamente abordarei algumas informações acerca destas patologias.

A DPOC é uma doença comum caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas centrais e periféricas, destruição do parênquima e vascularização pulmonar, que pode provocar sintomas respiratórios persistentes, tais como a dispneia, tosse

crónica e expetoração (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD, 2017; Gronkiewicz e Coover, 2011).

A pessoa com DPOC tem uma limitação do fluxo aéreo devido a anomalias alveolares ou nas vias aéreas, na maioria das vezes provocada por exposição significativa a partículas ou gases nocivos (tais como fumo do tabaco, a exposição ocupacional a gases nocivos e a poluição ambiental), mas pode ser também agravada por fatores genéticos e pela hiperreatividade das vias aéreas. Para o diagnóstico da DPOC é importante a colheita de dados onde conste a exposição a fatores de risco e a realização de espirometria (GOLD, 2017; Gronkiewicz e Coover, 2011).

No caso da pessoa, esta apesar de não apresentar tosse nem dispneia em repouso, apresenta necessidade de oxigenioterapia 16h/dia a 1L/min e apresenta cansaço fácil a pequenos esforços.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o AVC é definido como o “comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e provável origem vascular” (p. 1-6). De acordo com Santos, Duarte & Rego (2017), o AVC pode surgir devido à obstrução de uma artéria (AVC isquémico) ou devido à rutura de um vaso sanguíneo responsável pela irrigação cerebral (AVC hemorrágico).

Existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento de um AVC, entre os quais fatores não modificáveis, como a idade (risco aumenta em proporção direta com a idade), etnia (AVC mais frequente nos afro-americanos) e género (mais frequente nos homens). Os fatores de risco modificáveis são a hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus, tabagismo, hiperlipidémia, alcoolismo, obesidade e sedentarismo (Ferro, 2013). Dos fatores de risco descritos anteriormente, a pessoa apresenta idade (90 anos), HTA e hiperlipidémia.

De acordo com Ferro (2013) a localização do AVC segue a distribuição dos territórios arteriais (AVC isquémico) ou dos locais de maior fragilidade vascular (AVC hemorrágico). O AVC afeta uma zona localizada no encéfalo e desta localização e da extensão do AVC resultam diversos sinais e sintomas causados pela perda da função de acordo com a área lesada.

Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC (2016), as sequelas resultantes de um AVC podem ser, como por exemplo: Afasia, disfagia, hemiparésia, ataxia, epilepsia,

incontinência urinária e fecal, alterações cognitivas (perda de memória e pensamento confuso) e alterações da sensibilidade. Todas as sequelas, desde as ligeiras às mais graves, afetam a qualidade de vida da pessoa e da sua família, obrigando a mudanças a nível pessoal, familiar, social e profissional tanto da pessoa como da família. A pessoa apresenta alteração na fluência do discurso, hemiparesia à direita e incontinência urinária e fecal.



## **2. COLHEITA DE DADOS**

### **2.1. Dados pessoais**

- Nome: A. L.
- Data de Nascimento: 27 de novembro 1929
- Idade: 90 anos
- Género: Feminino
- Residência: Lisboa.
- Profissão: Desconhece-se profissão. Neste momento encontra-se reformada.
- Naturalidade: Portuguesa
- Etnia: Caucasiana
- Família/apoio: Reside com filho adotivo. Tem uma filha biológica que está na Bélgica. Recebe apoio da Santa Casa da Misericórdia (SCM) quatro vezes por dia para cuidados de higiene e refeições.
- Condições arquitetónicas: Reside em apartamento, cujo posicionamento do mobiliário foi alterado para facilitar a mobilização da pessoa. O prédio tem elevador, mas não é acessível, visto que se situa em pisos intermédios, isto é, entre a entrada e o elevador tem um lance de escadas. Pessoa refere e sente-se desconfortável com falta de higiene no domicílio.

### **2.2. História de doença atual**

(Informação recolhida a partir do S.Clinic)

Pessoa previamente autónoma nas suas AVD e marcha. No dia 14 de outubro de 2017 pelas 22h iniciou quadro de desvio da comissura labial, sialorreia e diminuição da força muscular no membro superior direito. À chegada ao serviço de urgência (SU) apresentava-se eupneica em ar ambiente, com tensão arterial (TA): 195/100 mmHg, frequência cardíaca (FC): 82 bpm. Apresentava hemiplegia à direita e afasia global,

não cumpria ordens. Posteriormente, por saturação periférica de oxigênio (SpO2): 85% iniciou oxigenioterapia.

Realizou TAC CE que revelou “a presença de hematoma recente tálamo-capsular e no centro semioval à esquerda com dimensões aproximadas de 20x19mm com área de edema vasogénico perifocal que comprime o ventrículo lateral esquerdo e o III ventrículo, sem condicionar significativos desvios medianos”.

Ficou internada na Unidade de AVC com o diagnóstico de AVC hemorrágico tálamo-capsular esquerdo de etiologia hipertensiva e realizou terapêutica para controlo tensional.

Segundo avaliação no SU, apresentava valor na escala de NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale): 21 (AVC Severo).

Após a alta hospitalar, pessoa regressou ao domicílio com apoio do filho e da SCM. Pessoa admitida em ECCL a 28 de outubro de 2018 para reabilitação motora e funcional. Durante a permanência na ECCL teve vários internamentos por agudização da DPOC.

### **2.3. Antecedentes de saúde**

**Hábitos aditivos:** Desconhecidos

**Alergias:** Desconhecidas

**Terapêutica Habitual:**

- Furosemida 40 mg (1cp jejum);
- Nitroglicerina 10 mg/24h;
- Salmeterol 25 mcg/dose (1 inalação 12/12h);
- Enalapril 20 mg (1cp pequeno almoço e jantar);
- Sinvastatina 20 mg (1 cp jantar);
- Lorazepam 1 mg (1 cp deitar);

- Omeprazol 20 mg (1 cp jejum);
- Bisoprolol 5 mg (1 cp almoço);
- Rivaroxabano 20 mg (1 cp jantar);
- Amlodipina 10 mg (1 cp jantar)
- Celecoxib 200 mg (SOS)

**Antecedentes pessoais:**

- Cardiopatia hipertensiva com insuficiência cardíaca (coronariografia em 2012 sem lesões);
- Fibrilhação auricular paroxística hipocoagulada com rivaroxabano;
- Anemia ferropénica;
- Status pós tuberculose pulmonar;
- Status pós histerectomia, anexetomia, apendicectomia em 2008 por cistoadenoma do ovário;
- Enfarte esplénico de etiologia cardioembólica;
- Hérnia incisional e para-umbilical de colo largo;
- HTA;
- Dislipidémia;
- DPOC;
- Gonartrose bilateral;
- AVC isquémico do território da artéria cerebral média à esquerda (03 de maio de 2016), com sequelas de hemiparesia à direita e afasia de expressão, melhorada após internamento em unidade de convalescença;



### 3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

(02 de dezembro de 2019)

Pessoa do gênero feminino, consciente, com compreensão aparentemente mantida, com discurso a maioria das vezes compreensível, mas com períodos em que tem dificuldades em emitir discurso fluente.

Eupneica com aporte de oxigênio a 1L/min durante 16h/dia. Sinais vitais estáveis: TA: 145/82 mmHg; FC: 82 bpm; frequência respiratória (FR): 18 ciclos/minuto; Temperatura axilar: 36,5°C Sem queixas álgicas. Apresenta cansaço fácil a pequenos esforços, apresentando nessa altura alguns períodos de polipneia.

Pele e mucosas descoradas, hidratadas, acianóticas. Sem perda da integridade cutânea.

Dependente em grau elevado na satisfação das suas AVD. Alimenta-se com ajuda de terceiros. Sem disfagia.

Apresenta hemiparesia à direita. Acamada. Posicionada no leito. Realizados exercícios de mobilização e fortalecimento muscular.

Incontinente de esfíncter vesical e fecal. Utiliza fralda.

#### 3.1. Avaliação da função respiratória

**Quadro 1-** Avaliação da função respiratória

Inspeção estática	Tórax normolíneo, sem alterações ao nível da coluna torácica.
Inspeção dinâmica	FR: 18 ciclos por minuto; Ritmo respiratório normal;

	Padrão respiratório: Costal; Respiração superficial; Simetria em relação aos movimentos respiratórios.
Palpação	Sem desvio da traqueia; Expansão pulmonar normal e simétrica.
Percussão	Som claro pulmonar em todos os campos pulmonares.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios.
Tosse	Sem tosse.
Características das secreções	Ausente.
Escala de Borg Modificada – Avaliação da Dispneia	Em repouso – 0 -Nenhuma Em esforço – 5 - Forte

### 3.2. Avaliação neurológica

#### Estado mental

- Escala de Coma de Glasgow- 15
  - Abertura Ocular – Espontânea (4)
  - Resposta Verbal – Orientada (5)
  - Resposta Motora – A ordens (6)
  
- Orientação: Pessoa orientada autopsiquicamente, orientada em relação aos outros e no espaço, desorientada no tempo.

- Atenção: Vigil, consegue manter a atenção durante uma conversa, com concentração mantida.
- Memória: Memória sensorial, imediata e remota mantida. Memória recente de curto e longo prazo alteradas.
- Linguagem: Apresenta na maioria das vezes discurso fluente, mas por vezes apresenta diminuição do débito e esforço produtivo, apesar de aparentemente apresentar compreensão mantida, visto que responde (quando consegue emitir discurso fluente) de forma coerente ao que lhe solicitado e cumpre ordens simples. Nomeia 2/5 objetos e repete 2/5.
- Capacidade Práxica: Aparentemente mantida. Com o membro superior esquerdo consegue levar o copo da água à boca e utilizar o comando da tv. Consegue dizer adeus e “atirar” beijinhos. Com o braço direito inicia o movimento, mas por diminuição da força muscular não consegue finalizá-lo para completar as ações referidas anteriormente.

## **Pares Craneanos**

### **Quadro 2-** Avaliação dos pares craneanos

<b>Par Craneano</b>	<b>Avaliação</b>
<b>I- Olfativo</b>	Não foi possível avaliar
<b>II- Ótico</b>	Apresenta diminuição da acuidade visual, motivo pelo qual utiliza óculos.
<b>III- Oculo Motor</b> <b>IV- Patético</b> <b>VI – Motor Ocular Externo</b>	Apresenta isocória. Sem alterações.
<b>V- Trigêmeo</b>	Sensibilidades dolorosa e tátil mantidas nas divisões do quinto nervo craniano: oftálmica, maxilar e mandibular.

	Dificuldade na mastigação, por diminuição do número de peças dentárias.
<b>VII- Facial</b>	Simetria facial.  Paladar mantido.
<b>VIII- Vestíbulo-Coclear</b>	Audição mantida.  Equilíbrio estático e dinâmico sentado diminuído, sentindo necessidade de apoio dos membros superiores no leito.  Não foi possível avaliar equilíbrio estático nem dinâmico em pé.
<b>IX- Glossofaríngeo</b>	Sem alterações, identifica diversos sabores (salgado, doce).
<b>X- Vago</b>	Sem alterações.
<b>XI- Espinhal</b>	Força muscular diminuída (contra a resistência).
<b>XII- Hipoglosso</b>	Sem alterações.

### **Avaliação da NIHSS - Escala de AVC**

#### **Quadro 3– Avaliação da NIHSS**

1a. Nível de Consciência	0 = Acordado; responde corretamente.
1b. Nível de Consciência: Questões	1 = Responde a uma questão corretamente.
1c. Nível de Consciência: Ordens	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.

2. Melhor Olhar Conjugado	0 = Normal.
3. Campos visuais	0 = Sem défices campimétricos.
4. Parésia Facial	0 = Movimentos normais simétricos.
5. Membros Superiores	<p>5a. Membro Superior esquerdo - . 0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.</p> <p>5b. Membro Superior direito- 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutra suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.</p>
6. Membros Inferiores	<p>5a. Membro Inferior Esquerdo - 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutra suporte.</p> <p>5b. Membro Inferior Direito 4 = Nenhum movimento.</p>
7. Ataxia de membros	0 = Ausente.
8. Sensibilidade	1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada , ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada , mas o paciente sente a tocar.
9. Melhor linguagem	1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.

10. Disartria	1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.
11. Extinção e Desatenção, antiga negligência	0 = Nenhuma anormalidade.
Score	<b>11 – AVC Moderado</b>

### 3.3. Avaliação da função muscular

**Quadro 4-** Avaliação da função muscular segundo a Escala Medical Research Council

Movimentos avaliados	Esquerdo	Direito
<b>Abdução do ombro</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
<b>Flexão do cotovelo</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
<b>Extensão do punho</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
<b>Flexão da anca</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	1- Contração visível sem movimento do segmento
<b>Extensão do joelho</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	1- Contração visível sem movimento do segmento
<b>Dorsiflexão da tibiotársica</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	1- Contração visível sem movimento do segmento

**Amplitude Articular** – Pessoa apresenta rigidez articular, na articulação tibiotársica direita, não realizando movimento com esta articulação. Apresenta anquiloses nos dedos da mão direita, mas quando estimulada consegue realizar flexão/extensão e adução/abdução dos mesmos.

**Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth** – pessoa não apresenta nenhum aumento de tónus muscular em nenhum dos segmentos corporais.

**Coordenação de Movimentos:** Pessoa apresenta taxia, apresentando coordenação e simetria de movimentos no membro superior e inferior esquerdo. Consegue tocar com o dedo indicador no nariz (Prova de Índex-nariz), consegue tocar com o calcanhar esquerdo no joelho direito (Prova Calcanhar-Joelho) e consegue apontar o dedo do examinador (Prova da Indicação de Barany). Nos membros superior e inferior direito não foi possível avaliar devido à diminuição da força muscular que apresenta. Não apresenta movimentos involuntários.

**Sensibilidade:**

**Quadro 5-** Avaliação da sensibilidade

Sensibilidade Superficial	Dolorosa: reage ao toque da caneta, sensibilidade dolorosa mantida.
	Térmica: Não avaliada.
	Tátil: reage a toque de compressa. Sensibilidade tátil mantida.
Sensibilidade Profunda	Postural: alterada. Quando está de olhos fechados nem sempre percebe em que posição se encontra os segmentos corporais em relação ao corpo.
	Vibratória: não foi avaliada.

Pressão: mantida.
-------------------

### **Equilíbrio e marcha:**

- Pessoa acamada. Realizada tentativa de transferência da posição de deitada para a posição de sentado, sendo necessária ajuda máxima. Pessoa refere cansaço e desconforto à transferência da posição de deitada para a posição de sentada, motivo pelo qual não realiza levante. Avaliado equilíbrio estático sentado, necessitando de apoio de membros superiores para se suportar (incapaz de permanecer sentado sem apoio- pontuação 0 na escala de Berg), pelo que não foi possível realizar levante nem transferência. Por este motivo, não foi possível avaliar restantes parâmetros da Escala de Berg, uma vez que, além da diminuição da força muscular apresenta cansaço fácil a pequenos esforços. Pelo que foi descrito anteriormente também não foi realizada avaliação da funcionalidade da marcha.

### **3.4. Avaliação da dor**

Escala Numérica: 0

### **3.5. Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado**

**Quadro 6-** Avaliação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel

<b>Descrição</b>	<b>Pontuação</b>
1. Alimentação: Independente-10	0
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) - 5	

Dependente – 0	
<p>2. Transferências</p> <p>Independente – 15</p> <p>Precisa de alguma ajuda – 10</p> <p>Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se – 5</p> <p>Dependente, não tem equilíbrio sentado – 0</p>	0
<p>3. Toalete</p> <p>Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes – 5</p> <p>Dependente, necessita de alguma ajuda – 0</p>	0
<p>4. Utilização do WC</p> <p>Independente – 10</p> <p>Precisa de alguma ajuda – 5</p> <p>Dependente – 0</p>	0
<p>5. Banho</p> <p>Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) – 5</p> <p>Dependente, necessita de alguma ajuda – 0</p>	0
<p>6. Mobilidade</p> <p>Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) – 15</p> <p>Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda – 10</p> <p>Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas – 5</p> <p>Imóvel – 0</p>	0
<p>7. Subir e descer escadas</p> <p>Independente, com ou sem ajudas técnicas – 10</p> <p>Precisa de ajuda – 5</p>	0

Dependente – 0	
8. Vestir Independente – 10  Com ajuda – 5  Impossível – 0	0
9. Controlo intestinal Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar – 10  Acidente ocasional – 5  Incontinente ou precisa de uso de clisteres - 0	0
10. Controlo urinário Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho – 10  Acidente ocasional (máximo ma vez por semana) – 5  Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinha - 0	0
Total	0 – Dependência total

**Quadro 7 - Avaliação da Independência Funcional através da aplicação da Escala Medida de Independência Funcional (MIF)**

Níveis	7- Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	Sem ajuda
	6- Independência Modificada (dispositivo);	
	Dependência Modificada:	Ajuda
	5- Supervisão	

	<p>4- Ajuda mínima (indivíduo realiza <math>\geq 75\%</math>)</p> <p>3- Ajuda moderada (indivíduo realiza <math>\geq 50\%</math>)</p> <p>Dependência Completa:</p> <p>2 – Ajuda máxima (indivíduo realiza <math>\geq 25\%</math>)</p> <p>1- Ajuda total (indivíduo realiza <math>&lt; 25\%</math>)</p>	
Autocuidados		
A- Alimentação		2
B- Higiene Pessoal		1
C- Banho		1
D- Vestir metade superior		1
E- Vestir metade inferior		1
F- Utilização da Sanita		1
Controlo dos Esfinteres		
G- Bexiga		1
H- Intestino		1
Mobilidade – Transferências		
I- Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		1
J- Sanita		1
K- Banheira, Duche		1
Locomoção		
L- Marcha/Cadeira de Rodas		1
M- Escadas		1
Comunicação		

N- Compreensão	5
O- Expressão	4
Consciência do mundo exterior	
P- Interação Social	4
Q- Resolução dos problemas	1
R- Memória	4
Total	32 - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa

**Avaliação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) do idoso de acordo com o Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos (Lopes, Pereira e Fonseca, 2017)**

**Quadro 8 - Avaliação da CIF do idoso**

Funções do corpo						
Função		Qualificador	Tradução semântica	Classes de quantificação	Descrição de acordo com o manual	Descrição de acordo com a pessoa
Mentais	b110- Funções da consciência	0	Nenhuma deficiência	0-4%	Escala Glasgow 15	Escala Glasgow 15
	b114- Funções da orientação	1	Deficiência ligeira	5-24%	Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo	Apresenta períodos de desorientação em relação ao tempo
Sensoriais e dor	b280- Sensação de dor	0	Nenhuma deficiência	0-4%	Escala de dor 0	EN = 0
Aparelho cardiovascular,	b410- Funções cardíacas	0	Nenhuma deficiência	0-4%	FC: 60-100bpm	FC: 80bpm

dos sistemas hematológicos, imunológico e respiratório	b420- Funções da pressão arterial:	3	Deficiência moderada	25-49%%	Pressão arterial sistólica entre 140 e 159 mmHg ou pressão arterial diastólica entre 90 e 99 mmHg	TA: 145/82mmHg
	b440- Funções da respiração	3	Deficiência grave	50-95%	Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigênio suplementar ou ventilador (não invasivo)	Necessita de aporte de 2 a 1L/min durante 16h/dia
	b455- Funções de tolerância ao exercício	4	Deficiência completa	96-100%	Falta de ar impede que saia de sua casa ou surge falta de ar quando troca de roupa	Cansaço fácil a pequenos esforços
Aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino	b510- Funções de ingestão	1	Deficiência ligeira	5-24%	Consegue mastigar adequadamente pequenas quantidades de alimentos sólidos, movimentando-os na boca e deglutindo-os sem dificuldade. Consegue sugar lentamente os líquidos e degluti-los sem dificuldade	Sem disfagia a sólidos ou líquidos. Requer apenas que sejam menores quantidades de alimento sólido para facilitar a mastigação

	b525- Funções de defecação	3	Deficiência grave	50-95%	A pessoa apresenta incontinência e tem 6 a 7 dejeções/dia ou 1 dejeção cada 8 a 9 dias com eventuais alterações da consistência.	Pessoa incontinente de esfínteres
	b530- Funções de manutenção do peso					Sem registo de peso. Impossível pesar pessoa, uma vez que esta não se levanta
	b550- Funções termo reguladoras	0	Nenhuma deficiência	0-4%	Temperatura corporal: 36,1-37,2	Temperatura axilar: 36,5°C
<b>Estruturas do corpo</b>						
<b>Função</b>		<b>Qualificador</b>	<b>Tradução semântica</b>	<b>Classes de quantificação</b>	<b>Descrição de acordo com o manual</b>	<b>Descrição de acordo com a pessoa</b>
Relacionadas com o movimento	s730- Estrutura do membro superior	3	Deficiência grave	50-95%		Parésia membro superior direita: Segundo a Escala Medical Research

						Council- 2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
	s750 – Estrutura do membro inferior	0	Deficiência completa	96-100%		Parésia membro superior direita: Segundo a Escala Medical Research Council- 1- Contração visível sem movimento do segmento
Pele e estruturas relacionadas	s810- Estruturas de áreas da pele	0	Nenhuma deficiência	0-4%	Tecido saudável	Pele íntegra.
<b>Atividades e participação</b>						
<b>Função</b>	<b>Qualificador</b>	<b>Tradução semântica</b>	<b>Classes de quantificação</b>	<b>Descrição de acordo com o manual</b>	<b>Descrição de acordo com a pessoa</b>	

Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	d155- Adquirir competências	3	Deficiência grave	50-95%	Adquire competências básicas, com muita dificuldade	Consegue aprender tarefas básicas com alguma dificuldade, necessitando de demonstração e repetição
Executar rotina diária	d230- Executar a rotina diária	4	Deficiência completa	96-100%	Não realiza a rotina diária de forma autónoma	Necessita de ajuda total para satisfação das suas AVD
Conversação	d350- Conversação	3	Deficiência moderada	25-49%	É capaz de iniciar uma conversa, com várias pessoas e mantê-la com alguma dificuldade	Consegue manter uma conversa, embora por vezes não consiga apresentar um discurso fluente. Quando permanece calma e com ajuda de gestos, consegue expressar o que pretende

Mobilidade	d410- Mudar a posição básica do corpo	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de mudar a posição do corpo	Necessita de ajuda total de terceiros para mudar a posição do corpo
	d420- Auto transferências	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de autotransferir-se	É incapaz de autotransferir-se
	d445- Utilização da mão e do braço	3	Deficiência grave	50-95%	É capaz de utilizar a mão e o braço para desempenhar pelo menos uma tarefa com muita dificuldade	Consegue apanhar um objeto (por ex: comando da televisão), quando colocado à sua altura
	d460- Deslocar-se por diferentes locais	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de se deslocar	Pessoa acamada
Autocuidados	d510- Lavar-se	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de tomar banho ou secar-se de forma autónoma	Dependente total para os cuidados de higiene
	d520- Cuidar de partes do corpo	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de cuidar das partes do corpo	Dependente total para os cuidados de higiene

	d530- Cuidados relacionados com os processos de excreção	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de se cuidar nos diversos processos de excreção	Incontinente de esfíncteres. Necessita de ajuda total nos cuidados de higiene.
	d540- Vestir-se	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de se vestir e calçar de forma autónoma e adequada	Necessita de ajuda total para se vestir/despir
	d550- Comer	3	Deficiência grave	50-95%	É capaz de se alimentar pelo menos uma vez por dia de forma autónoma com muita dificuldade	Quando colocados os alimentos à sua altura consegue apanhá-los e ingerir
	d560-Beber	3	Deficiência grave	50-95%	É capaz de se alimentar pelo menos uma vez por dia de forma autónoma com muita dificuldade	Quando lhe é oferecido um copo de água, a pessoa consegue levá-lo à boca e ingeri-lo
	d570- Cuidar da própria saúde	4	Deficiência completa	96-100%	É incapaz de cuidar da saúde, de forma autónoma.	Pessoa acamada e totalmente dependente, pelo que não consegue

						cuidar da sua saúde de forma autónoma
Interações e relacionamentos interpessoais	d760- Relacionamentos familiares	2	Deficiência moderada	96-100%	É capaz de estabelecer e manter relações de parentesco com a família nuclear, com alguma dificuldade	É capaz de se relacionar com quem a visita. Porém, apenas tem relação com os cuidadores (filho e funcionárias da SCM) e com equipa da ECCI, pois não recebe mais visitas

#### **4. RELAÇÃO ENTRE TEORIA DE CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING E A PESSOA**

King (1984) define quatro conceitos principais na sua teoria, que reforçam a existência de um conjunto de ações recíprocas entre o enfermeiro e a pessoa cuidada durante o processo de enfermagem:

- Percepção: representação da realidade para cada pessoa;
- Comunicação: processo pelo qual a informação passa de uma pessoa para a outra;
- Interação: processo de percepção e comunicação entre 2 ou mais pessoas ou entre pessoa e ambiente que podem revelar como as pessoas se sentem em relação a uma situação e/ou a outra pessoa;
- Transação: situação na qual duas pessoas entram numa situação como participantes ativos e evoluem no processo da experiência.

King (1984) assume que através da percepção e da comunicação é estabelecida uma interação, que deve conduzir a uma transação de modo a alcançar os objetivos traçados. Isto conduz ao crescimento e desenvolvimento pessoal do enfermeiro e da pessoa cuidada e numa satisfação nos cuidados, contribuindo para o bem-estar e saúde da pessoa.

Por outro lado, King (1984) defende, também, a existência de três sistemas: sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social, que estão relacionados com alguns conceitos, mas tanto os vários conceitos como os vários sistemas se encontram todos interligados:

- Sistema pessoal: inclui conceitos como percepção, o “eu”, a imagem corporal, o crescimento e desenvolvimento, o tempo e o espaço. É a forma como cada pessoa processa a informação acerca do meio ambiente que a rodeia e relaciona o seu presente com experiências vividas anteriormente, o que condiciona a sua percepção

acerca do que os rodeia. Ou seja, é o sistema de cada pessoa que quando em contacto com outro conduz ao sistema interpessoal;

- Sistema interpessoal: diz respeito à ligação entre mais que uma pessoa e inclui os conceitos papel, interação, comunicação, transação, stress e coping;

- Sistema social: envolve grupos que constituem a sociedade. Inclui conceitos como a organização, poder, autoridade e status, tomada de decisão, controlo e realização dos objetivos.

A Sr<sup>a</sup>. A. L. foi internada em ECCI a 28 de outubro de 2018 para reabilitação funcional e motora após AVC (a 14 de outubro de 2017). Antes do AVC a pessoa era autónoma nas AVD, mas já apresentava algumas alterações a nível da comunicação resultantes de um AVC em 2016.

Embora mantenha alguma limitação ao nível da linguagem, apresentando períodos em que tem um discurso pouco fluente (com diminuição do débito e esforço produtivo), a pessoa consegue comunicar com as pessoas que a rodeiam através de comunicação verbal e comunicação não verbal, através de gestos (sistema cinestésico, subsistema gestual).

A pessoa está orientada em relação à pessoa, espaço e em relação aos outros, apresentando apenas desorientação em relação ao tempo, pelo que a perceção se encontra alterada em relação ao tempo.

Quando a pessoa recebe a visita da ECCI consegue referir como se sente e consegue apresentar um discurso fluente na maioria das vezes. Por vezes apresenta discurso não fluente, mas quando se dá tempo, transmite calma e se incentiva a pessoa a comunicar, esta consegue emitir discurso e comunicar através de gestos. Isto é, apesar de apresentar a comunicação comprometida, consegue estabelecer interação com outras pessoas, nomeadamente com o EEER, com as cuidadoras da SCM ou com o filho. Através da interação estabelecida entre o EEER e a pessoa ocorre o processo de transação, ao ocorrer a participação da pessoa nas intervenções que lhe são solicitadas, que devem conduzir à manutenção/melhoria da sua mobilidade e à melhoria da sua tolerância ao esforço.

Em suma, o sistema pessoal da pessoa em interação com o sistema pessoal do EEER dão origem ao sistema interpessoal. A ECCI e a equipa da SCM em conjunto com a pessoa e o seu filho formam o sistema social da pessoa, que em conjunto, colaboram na satisfação das AVD da pessoa e contribuem para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa.



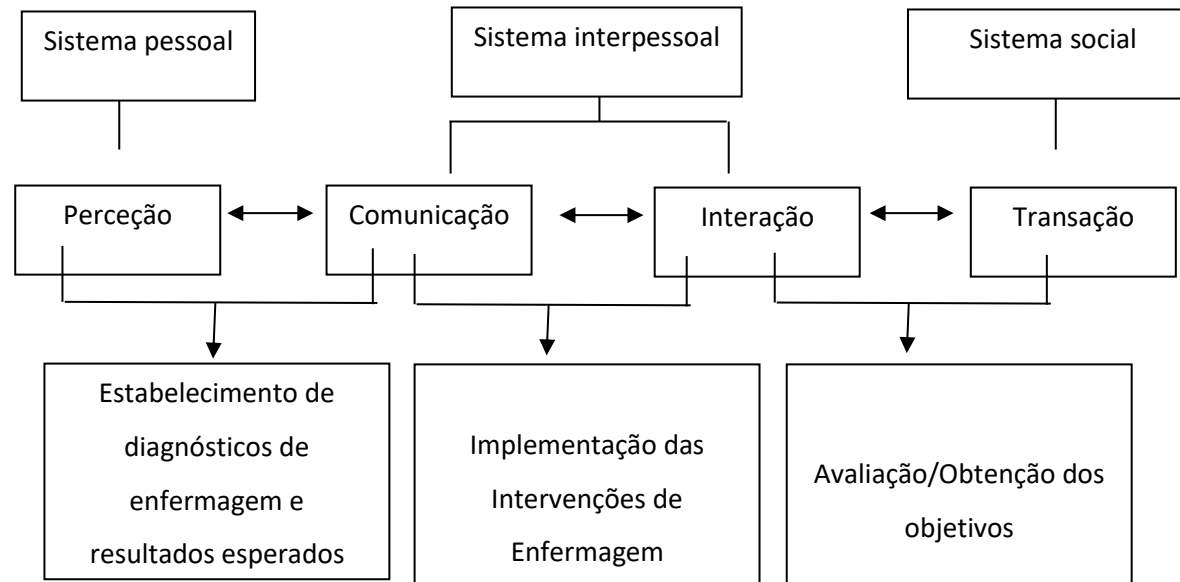
## 5. PLANO DE CUIDADOS

De seguida irá ser descrito o plano de cuidados realizado para a sr<sup>a</sup> A. L. Este plano de cuidados teve por base a avaliação de necessidades da pessoa e o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem) Versão 2011 (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2014) e o *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação* (OE, 2015).

O primeiro diagnóstico levantado é a comunicação comprometida, que condiciona a interação entre a pessoa e o EEER e consequentemente a transação, que resultaria na melhoria da funcionalidade da pessoa. O sistema pessoal da pessoa entra em contacto com o sistema pessoal do EEER e aqui, através da perceção de ambos, é estabelecido o plano de cuidados. Para a implementação do plano de cuidados são essenciais a comunicação e a interação entre ambas as partes (pessoa e EEER) para que seja realizada a tomada de decisão em relação às intervenções a realizar. Para a realização dos objetivos traçados é essencial o sistema social, que inclui, além da pessoa e o EEER, o filho da pessoa e as cuidadoras da SCM uma vez que todos, em conjunto, conduzem ao bem-estar da pessoa.

Em suma, pode-se afirmar em relação à figura e quadro seguintes que através da perceção da pessoa e do EEER (sistema pessoal de cada um) e da comunicação entre ambos é estabelecido um diagnóstico e delineados os resultados que se pretendem alcançar, que posteriormente conduzem à implementação das intervenções, que se inserem no sistema interpessoal do EEER e pessoa que, consequentemente, conduzem à obtenção dos objetivos (avaliação), que se inserem no sistema social.

**Figura 1-** Relação entre a Teoria de Imogene King e o estabelecimento do plano de cuidados



**Quadro 9-** Plano de cuidados

<b>Data</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Registos/avaliação</b>
02-12-19	Comunicação comprometida relacionado alterações neurológicas manifestado por discurso pouco fluente.	- Que a pessoa apresente discurso compreensível e fluente em 4 semanas.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar capacidade para comunicar;</li><li>- Incentivar pessoa a comunicar;</li><li>- [Utilizar estratégias de comunicação, combinando discurso verbal com gestos e sinais];</li><li>- Adequar [a comunicação ao interesse da pessoa];</li><li>- [Dar tempo à pessoa para que possa exprimir o que pretende];</li><li>- [Validar a informação transmitida com a pessoa];</li><li>- Reforçar as capacidades [da pessoa, elogiando os progressos];</li><li>- Encorajar [a pessoa a verbalizar com calma e de forma clara, utilizando frases mais curtas];</li></ul>	- 08-01-20: Pessoa mais confiante, apresenta discurso fluente, coerente e orientado a maioria das vezes. Quando sente mais dificuldade incentivada a verbalizar com mais calma, conseguindo com apoio de gestos expressar o que pretende.
02-12-19	Equilíbrio corporal comprometido, relacionado com	- Que a pessoa apresente equilíbrio estático sentada em 4 semanas.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar equilíbrio corporal:</li><li>- Equilíbrio estático sentado;</li></ul>	- 08-01-20: Pessoa mantém equilíbrio estático sentada diminuído, motivo pelo qual

	alterações neurológicas, manifestado por desequilíbrio do tronco.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilíbrio dinâmico sentado;</li> <li>- Estimular a manter equilíbrio corporal [através da correção postural];</li> <li>- Executar técnica de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternância de carga nos membros superiores;</li> <li>- Exercícios de coordenação de movimentos;</li> <li>- Facilitação cruzada;</li> </ul> </li> <li>- Orientar na técnica de treino de equilíbrio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternância de carga nos membros superiores;</li> <li>- Exercícios de coordenação de movimentos;</li> <li>- Facilitação cruzada.</li> </ul> </li> </ul>	não realiza levante para cadeirão.
02-12-19	Intolerância à atividade relacionada com patologia respiratória manifestada por cansaço fácil a	- Que a pessoa apresente maior tolerância à atividade em 4 semanas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar intolerância à atividade;</li> <li>- Gerir atividade física;</li> <li>- Negociar sobre atividade física;</li> <li>- Planear atividade física;</li> </ul>	- 08-01-20: Pessoa mantém cansaço fácil a pequenos esforços (Mantém valor da escala de Borg modificada em esforço: 5- Forte). Incentivada a utilizar técnica de

	pequenos esforços (Escala de Borg Modificada em esforço: 5- Forte).		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejar o repouso;</li> <li>- Supervisionar resposta ao exercício;</li> <li>- Instruir e treinar técnicas de conservação de energia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- [Inspirar antes da realização do exercício e expirar aquando a realização do exercício];</li> </ul> </li> <li>- Gerir oxigenioterapia;</li> <li>- Monitorizar frequência respiratória;</li> <li>- Monitorizar [Saturação de O2];</li> <li>- Promover a hidratação adequada.</li> </ul>	conservação de energia, que por vezes cumpre.
02-12-19	Movimento muscular diminuído relacionado com imobilidade e alterações neurológicas, manifestado por	- Que pessoa apresente movimento melhorado nos próximos 4 semanas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a força muscular [através de Escala Medical Research Council];</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizações ativas-assistidas dos membros superiores e inferiores;</li> <li>- Automobilizações [dos membros superiores e inferiores];</li> </ul> </li> </ul>	- 08-01-20: Apresenta manutenção dos valores da Escala Medical Research Council. Mantém hemiparesia à direita de predomínio crural.

	hemiparesia à direita.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos;</li> <li>- Instruir e treinar [sobre atividades terapêuticas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extensão Lombo-pélvica ou meia ponte (por não conseguir realizar flexão do joelho direito);</li> <li>- Facilitação Cruzada;</li> <li>- Rolar sobre o lado são e sobre o lado afetado;</li> <li>- Rotação controlada da coxo-femural;</li> <li>- Flexão e extensão controlada da coxo-femural];</li> </ul> </li> <li>- Executar [posicionamento em padrão anti-espástico];</li> <li>- Supervisionar o movimento articular.</li> </ul>	
02-12-19	Ventilação comprometida, relacionado com patologia respiratória, manifestado por cansaço fácil a	- Que pessoa apresente ventilação eficaz em 4 semanas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar e avaliar respiração: <ul style="list-style-type: none"> <li>- [Tipo de respiração;</li> <li>- Ritmo;</li> <li>- Amplitude;</li> <li>- Expansão torácica;</li> </ul> </li> </ul>	- 08-01-20: Pessoa mantém ventilação eficaz, com aporte de oxigênio a 1L/min por óculos nasais durante 16h/dia. SpO2: 92% e FR: 18 ciclos por minuto. À auscultação pulmonar:

	<p>pequenos esforços e necessidade de aporte de oxigénio a 1L/min por óculos nasais durante 16h/dia.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo inspiratório e expiratório;</li> <li>- Presença de ruídos adventícios];</li> <li>- Vigiar e avaliar ventilação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- [Existência de esforço respiratório;</li> <li>- Existência de cianose periférica].</li> </ul> </li> <li>- Observar tórax;</li> <li>- Auscultar tórax;</li> <li>- Executar técnica de posicionamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posição de descanso e relaxamento;</li> <li>- Correção postural;</li> </ul> </li> <li>- Planejar atividade física;</li> <li>- Gerir oxigenioterapia;</li> <li>- Instruir e treinar sobre [controlo e dissociação dos tempos respiratórios];</li> <li>- Incentivar repouso;</li> </ul>	<p>murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios. Sem evidência de esforço respiratório em repouso.</p>
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar frequência respiratória;</li> <li>- Monitorizar [Saturação de O2];</li> <li>- Promover a hidratação adequada.</li> </ul>	
02-12-19	Rigidez articular relacionado com imobilidade (cerca de 1 ano), manifestado por incapacidade para mobilizar a articulação tibiotársica.	Que a pessoa mantenha (não aumente) a rigidez articular na articulação tibiotársica em 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar movimento articular;</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizações [passivas da articulação tibiotársica: Flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão];</li> </ul> </li> <li>- Executar técnica de posicionamento [em padrão antiespástico];</li> </ul>	08-01-2020: Pessoa mantém rigidez articular a nível da articulação tibiotársica. Mantém-se a realização de mobilizações passivas da mesma.

## **AVALIAÇÃO**

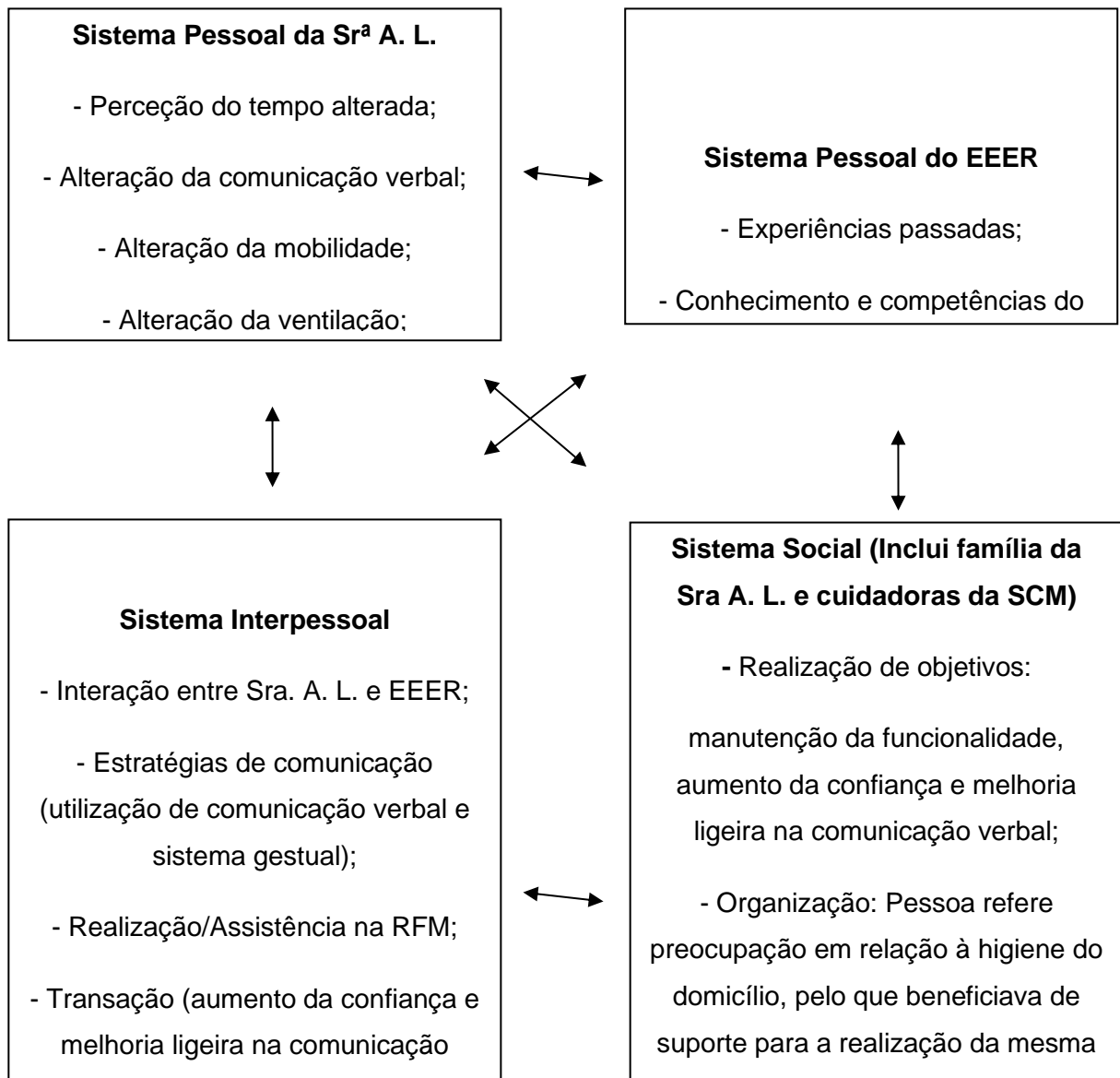
A Sr<sup>a</sup> A.L., enquanto sistema pessoal, no dia 02 de dezembro de 2019 apresentava alteração na percepção do tempo, alteração da comunicação verbal, alteração da mobilidade e da ventilação, o que condicionava a tolerância ao esforço. Apesar disso, quando estimulada participava nos cuidados e cumpria com o que lhe era sugerido, referindo por vezes cansaço ao esforço.

O EEER (enquanto sistema pessoal, que envolve as suas experiências) tem como objetivo a aplicação de intervenções de enfermagem de reabilitação que visam a melhoria da funcionalidade da pessoa. Deste modo, tentou-se, através da comunicação verbal e gestos (sistema gestual) comunicar com a pessoa, dando-lhe espaço e transmitindo calma para que, mesmo quando tivesse dificuldade e apresentasse discurso pouco fluente, tentasse expressar o que pretendia. Este aspeto traduziu a interação entre o Sr<sup>a</sup>. A. L. e o EEER e, assim, foi inserido o sistema interpessoal referido na teoria de Imogene King. Com as diferentes sessões a pessoa foi adquirindo mais confiança, comunicando mais e participando nos cuidados, considerando, assim, que ocorreu uma transação (sistema social).

Porém, a transação não se mostrou na melhoria, mas sim na manutenção da funcionalidade e mobilidade, assim como do cansaço. Todos os instrumentos de avaliação descritos ao longo deste estudo de caso (avaliados a 02 de dezembro de 2019) mantêm os valores a dia 08 de janeiro de 2020.

A figura 2 representa, esquematicamente, o que foi descrito anteriormente.

**Figura 2:** Análise do internamento através dos sistemas de Imogene King



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de caso em contexto de estágio na comunidade fez com que pudesse acompanhar durante mais tempo a pessoa, o que me fez ter um maior período de intervenção e, conseqüentemente, avaliação de resultados.

A escolha desta pessoa para a elaboração deste estudo de caso baseou-se no facto de ser a única pessoa na ECCI onde estou a realizar estágio que apresenta alteração da comunicação resultante de AVC, o que corresponde ao tema do meu projeto “Intervenções de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Comunicação por Acidente Vascular Cerebral Inserida na Comunidade”.

Porém, a minha intervenção foi limitada pelo facto de a pessoa ter apresentado o AVC em outubro de 2017 e só ter sido internada em ECCI em outubro de 2018, o que pode ter condicionado a melhoria da funcionalidade da pessoa.

Segundo Santos (2017), “o processo de reabilitação deve ser iniciado logo após as alterações que ocorrem na vida da pessoa” (p. 17). De acordo com Carvalhido & Pontes (2009), “a reabilitação em pessoas que sofreram AVC é vital para as ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional” (p.143). Segundo as mesmas autoras a recuperação da funcionalidade depende de diversos fatores, tal como a capacidade da pessoa em aprender novas habilidades, a motivação e o tempo de espera da reabilitação após a ocorrência do AVC.

O descrito anteriormente leva-me a questionar o que teria acontecido se a pessoa tivesse sido integrada em ECCI logo após o AVC, uma vez que quanto mais tempo passa entre a ocorrência da AVC e o início da reabilitação menos capacidade a pessoa tem para recuperar. Este facto conduz-me à reflexão sobre o plano da alta desta pessoa e a importância da continuidade de cuidados ser assegurada entre a equipa hospitalar e a equipa da comunidade.

Segundo Boylan & Buchanan (2011), antes da alta hospitalar deve ser realizado um planeamento que promova a reintegração comunitária do pessoa e familiar, sendo crucial neste sentido a inserção do pessoa e cuidador no planeamento da alta. Aqui, o EEER tem capacidade para identificar as necessidades do pessoa e cuidador para

que sejam desenvolvidas parcerias entre os recursos hospitalares e da comunidade que visem a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

Em suma, a elaboração deste estudo de caso foi muito gratificante para o meu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional, uma vez que me permitiu a aquisição e consolidação de alguns conhecimentos relacionados com as intervenções realizadas, nomeadamente na aplicação dos Instrumentos de Avaliação utilizados e também das técnicas utilizadas.

A elaboração deste estudo de caso fez-me, também, perceber que nem sempre a continuidade de cuidados é assegurada de forma correta e este aspeto contribuiu para que eu compreendesse a importância na mesma. Além disso, o estágio em ECCI está a permitir-me perceber melhor quais os recursos existentes em comunidade a que se podem recorrer para apoiar a pessoa e cuidador que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa, pelo que considero de extrema importância a existência de estágio em contexto da comunidade e a elaboração deste tipo de trabalhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, L. C., Leite, I. C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1199-1207. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria* (Documento de apoio). Acedido em 03 de dezembro de 2019. Disponível em <https://web.esenfc.pt › include › download>
- Boylan, L. N., & Buchanan, L. C. (2011). Reabilitação de Base Comunitária. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.187-200). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- Carvalhido, T., & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 140-150. Acedido em 16 de janeiro de 2020. Disponível em [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150\\_FCS\\_06\\_-23.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150_FCS_06_-23.pdf)
- Circular Normativa nº9/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático do registo da Dor. Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Controlo da Dor (14-06-2003)*. Acedido a 3 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Cordeiro, M. C. O. C., & Menoita, E. C. P, C. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures, Lusociência.
- Ferro, J. (2013). Acidentes vasculares cerebrais. In J. Ferro & J. Pimentel (Coord.), *Neurologia fundamental -princípios, diagnóstico e tratamento* (pp 101-111). Lisboa, Lidel

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD (2017). *Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention*. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Acedido em 14 de Janeiro de 2020. Disponível em <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>

Gronkiewicz, C., & Coover, L. (2011). Reabilitação Respiratória e Pulmonar. In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.319-350). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde (2015). *Escala de coma de Glasgow: Avalie da seguinte forma*. Acedido em 03 de dezembro de 2019. Disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>

King, I.M. (1984). *Enfermeria como profesión – Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa.

Lopes, M. J., Pereira, C. S. M., & Fonseca, C. J. V. (2017). *Manual de aplicação da tabela de classificação da funcionalidade para idosos*. Ministério da Saúde: Coordenação para a Reforma do SNS na Área dos Cuidados Continuados Integrados. Acedido em 3 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/02/Manual-de-aplicac%CC%A7a%CC%83o-da-tabela-de-classificac%CC%A7a%CC%83o-da-funcionalidade-para-idosos-de-janeiro-de-2017.pdf>

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto, Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de dezembro de 2019. Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

NIH Escala de AVC – *Instruções de Pontuação* (s.d.). Acedido a 03 de janeiro de 2010. Disponível em [http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2\\_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf](http://www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-portugu%C3%AAs-site.pdf)

Norma nº 054 (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação*. Direção Geral de Saúde, 27-12-2011. Acedido a 23 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Acedido em 05 de janeiro de 2020. Disponível em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Radwansky, M. L. (2011). *Enfermagem de Reabilitação Gerontológica* In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.695-714). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes*, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 23 de dezembro de 2019. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte\\_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664)

Santos, A. E., Duarte, C. B., & Rego, A. C. (2017). *Acidente vasculares cerebral e isquémia neuronal*. In A. C. Rego, C. B. Duarte & C. R. Oliveira (Coord.), *Neurociências* (pp 513-539). Lisboa, Lidel

Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação In C. Marques Vieira & L. (Coord.). Cuidados de enfermagem de *Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.15-23). Loures: Lusodidacta.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2016) *Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC): Manual digital para jornalistas*. Lisboa: Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 14 de janeiro de 2020. Disponível em [http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf)

## **APÊNDICES**

Apêndice 1- Apresentação em Power Point (20 de janeiro de 2020)

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

10º CMEER

Unidade Curricular – Estágio com  
Relatório

**ESTUDO DE CASO**

Local de Estágio: ECCI [REDACTED]

Discente: Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador: Maria Fátima Marques

Enfermeiro Orientado: [REDACTED]

Lisboa, janeiro de 2020

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Índice**

- Revisão Anatomo-patológica relativa à situação clínica
- Colheita de dados
- Exame físico e avaliação funcional
- Relação entre a Teoria de Imogene King e o estabelecimento do plano de cuidados
- Plano de cuidados
- Referências Bibliográficas

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Revisão Anatomo-patológica**

**Idade**

- Envelhecimento -> predominância das doenças crónico-degenerativas e as suas complicações -> maior prevalência de incapacidade funcional (Alves, Leite & Machado, 2008).
- Alterações musculoesqueléticas: diminuição da mobilidade, atrofia muscular por desuso, diminuição da força e movimentos mais lentos (Radwanski, 2011)
- Alterações cardiopulmonares: diminuição da distensibilidade da caixa torácica, diminuição do reflexo de tosse, redução da capacidade de trabalho cardíaca (Radwanski, 2011);
- Alterações neurológicas: diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição do equilíbrio e coordenação, reflexos mais lentos, aumento do tempo de resposta (Radwanski, 2011).

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Revisão Anatomo-patológica**

**DPOC**

- Inflamação crónica das vias aéreas centrais e periféricas, destruição do parênquima e vascularização pulmonar;
- Sintomas respiratórios persistentes, tais como a dispnéia, tosse crónica e expectoração;
- Provocada por exposição significativa a partículas ou gases nocivos - fumo do tabaco, exposição ocupacional a gases nocivos e poluição ambiental.

( GOLD, 2017; Gronkiewicz & Coover, 2011).

**ESEL**  
EQUIPE  
ESPECIALIZADA

## Revisão Anatómico-patológica

### AVC

**Definição:** "comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que cause morte) e provável origem vascular" (OMS, 2005, p. 1-6).

**Fatores de risco:**

- Não modificáveis: **idade**, **etnia** (afro-americanos) e **gênero** (homens);
- Modificáveis: **HTA**, **DM**, **tabagismo**, **hiperlipidemia**, **alcoolismo**, **obesidade** e **sedentarismo** (Ferreira, 2013).

**Sequelas:**

- Depende da região lesada e da extensão do AVC (Ferreira, 2013);
- **Ataxia**, **distúrbio**, **hemiparesia**, **ataxia**, **epilepsia**, **incontinência urinária e fecal**, **alterações cognitivas** (perda de memória e pensamento confuso) e **alterações de sensibilidade** (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016).

**ESEL**  
EQUIPE  
ESPECIALIZADA

## Colheita de Dados

**Dados pessoais**

- Nome: A. L.
- Data de Nascimento: 27 de novembro 1929
- Idade: 90 anos
- Gênero: Feminino
- Residência: Lisboa.
- Profissão: Desconhece-se profissão. Neste momento encontra-se reformada.
- Nacionalidade: Portuguesa
- Etnia: Caucasiana

**- Família/apelo:** Reside com filho adotivo. Tem uma filha biológica na Bélgica. Recebe apoio da SCM Avda para cuidados de higiene e refeições.

**- Condições arquitetónicas:** Reside em apartamento, cujo posicionamento do mobiliário foi alterado para dar resposta às necessidades da utente. O prédio tem elevador, mas não é acessível (situa-se em pisos intermédios- entre a entrada e o elevador tem um lance de escadas). Utente refere e sente-se desconfortável com falta de higiene no domicílio.

**ESEL**  
EQUIPE  
ESPECIALIZADA

## Colheita de Dados

**História da doença atual:**

Utente previamente autónoma nas suas AVD e marcha;

- A 14-10-2017 pelas 22h: decaio da consciência labial, sistólica e diminuição da força muscular no membro superior direito;
- À chegada ao SU: hemiplegia à direita e afasia global, não cumpre ordens; TA: 195/100 mmHg, FC: 62 bpm, SpO2: 85% iniciou oxigenoterapia; NHSS: 21 (AVC Severo).
- TAC CE: presença de hemorragia recente tálamo-capular e no centro sensorial à esquerda com dimensões aproximadas de 20x15mm com área de edema vasogénico periférico que comprime o ventrículo lateral esquerdo e o III ventrículo, sem condicionar significativos desvios medulares;
- Internada na Unidade de AVC com o diagnóstico de AVC hemorrágico tálamo-capular esquerdo de etiologia hipertensiva. Realizou terapêutica para controlo tensional;
- Após a alta regressou ao domicílio com apoio do filho e SCM. Admitida em ECCI a 26-10-2018 (mantém-se atualmente) para reabilitação motora e funcional. Durante a permanência na ECCI teve vários internamentos por agudização de DPOC.

**ESEL**  
EQUIPE  
ESPECIALIZADA

## Colheita de Dados

**Antecedentes pessoais:**

- Cardiopatia hiperfensiva com insuficiência cardíaca (coronarografia em 2012 sem lesões);
- FA paroxística hipocogulada com rivaroxabano;
- Anemia ferropriva;
- Status pós tuberculose pulmonar;
- Status pós histerectomia, anesotomia, apendicectomia em 2000 por cistoadenoma do ovário;
- Enferia esplênica de etiologia cardioembólica;
- Hernia incisional e para-umbilical de colo largo;
- HTA;
- Distúrbio;
- DPOC;
- Gonartrose bilateral;
- AVC isquémico do território de artéria cerebral média à esquerda (03-05-2016), com sequelas de hemiparesia à direita e afasia de expressão, melhorada após internamento em unidade de convalescença;

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Colheita de Dados

**Terapêutica Habitual:**

- Furosemida 40 mg (1cp jejum);
- Nitroglicerina 10 mg/24h;
- Salmeterol 25 mcg/dose (1 inalação 12/12h);
- Enalapril 20 mg (1cp pequeno almoço e jantar);
- Simvastatina 20 mg (1 cp jantar);
- Lorazepam 1 mg (1 cp deitar);
- Omeprazol 20 mg (1 cp jejum);
- Bisoprolol 5 mg (1 cp almoço);
- Rivaroxabano 20 mg (1 cp jantar);
- Amlodipina 10 mg (1 cp jantar);
- Celecoxib 200 mg (SOS).

**Hábitos aditivos:**  
Desconhecidos;  
**Alergias:** Desconhecidas.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação da função respiratória

Inspeção estática	Tórax normolíneo, sem alterações ao nível da coluna torácica.
Inspeção dinâmica	Frequência respiratória: 18 ciclos por minuto; Ritmo respiratório normal; Padrão respiratório: Costal; Respiração superficial; Simetria em relação aos movimentos respiratórios.
Palpação	Sem desvio da traqueia; Expansão pulmonar normal e simétrica.
Percussão	Som claro pulmonar em todos os campos pulmonares.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos adventícios.
Tosse	Sem tosse.
Características das secreções	Ausente.
Escala de Borg Modificada	Em repouso = 0 -Nenhuma
Avaliação da Dispneia	Em esforço = 5 = Forte

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Neurológica

Escala de Coma de Glasgow

• 15

Orientação

• Pessoa orientada autopsiquicamente, orientada em relação aos outros e no espaço, desorientada no tempo.

Atenção

• Vigil, consegue manter a atenção durante uma conversa, com concentração mantida.

Memória

• Memória sensorial, imediata e remota mantida. Memória recente de curto e longo prazo alteradas.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Neurológica

Linguagem

• Apresenta na maioria das vezes discurso fluente, mas por vezes apresenta diminuição do débito e esforço produtivo; compreensão mantida; responde de forma coerente ao que lhe solicitado e cumpre ordens simples; Nomeia 2/5 objetos e repete 2/5.

Capacidade Prática

• Aparentemente mantida. Com o membro superior esquerdo consegue levar o copo da água à boca e utilizar o comando da tv. Consegue dizer adeus e "atirar" beijinhos. Com o braço direito inicia o movimento, mas por diminuição da força muscular não consegue finalizá-lo para completar as ações referidas anteriormente.

Pares Craneanos- Alterações

I. Órigo

- Apresenta diminuição da acuidade visual, utiliza óculos.

VII. Vestíbulo-Coclear

- Equilíbrio estático e dinâmico sentado diminuído, sentindo necessidade de apoio dos membros superiores no leito.

VIII. Espinhal

- Força muscular diminuída (contra a resistência).

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem do Litoral

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Neurológica

Avaliação do NIHSS	
1a. Nível de Consciência	0 = Acordado; responde corretamente
1b. NC - Questões	1 = Responde a uma questão corretamente
1c. NC - Ordens	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente
2. Melhor Olhar Conjugado	0 = Normal
3. Campos visuais	0 = Sem défices campimétricos
4. Parésia Facial	0 = Movimentos normais simétricos
5. Membros Superiores	5a. Membro Superior esquerdo - 0 = Sem queda; 5b. Membro Superior direito - 2 = Algum esforço contra a gravidade;
6. Membros Inferiores	5a. Membro Inferior Esquerdo - 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5s; 5b. Membro Inferior Direito - 4 = Nenhum movimento
7. Ataxia de membros	0 = Ausente
8. Sensibilidade	1 = Perda de sensibilidade leve a moderada;
9. Melhor linguagem	1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão.
10. Disartria	1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.
11. Extinção e Desatenção, antiga negligência	0 = Nenhuma anormalidade
Score	11 = AVC Moderado

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem do Litoral

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Força Muscular (Medical Research Council)

Movimentos avaliados	Esquerdo	Direito
Abdução do ombro	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
Flexão do cotovelo	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
Extensão do punho	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	2- Movimento ativo com eliminação da gravidade
Flexão da anca	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	1- Contração visível sem movimento do segmento
Extensão do joelho	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	1- Contração visível sem movimento do segmento
Dorsiflexão da tibiotársica	4- Movimento ativo contra a gravidade e resistência	1- Contração visível sem movimento do segmento

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem do Litoral

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Função Muscular

**Amplitude Articular**

- Apresenta rigidez articular, na articulação tibiotársica direita, não realizando movimento com esta articulação. Apresenta anquiloses nos dedos da mão direita, mas quando estimulada consegue realizar flexão/extensão e adução/abdução dos mesmos.

**Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth**

- Não apresenta nenhum aumento de tónus muscular em nenhum dos segmentos corporais.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem do Litoral

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Função Muscular

**Coordenação de Movimentos**

- Pessoa apresenta taxia, apresentando coordenação e simetria de movimentos no membro superior e inferior esquerdo. Consegue tocar com o dedo indicador no nariz (Prova de Index-nariz), consegue tocar com o calcanhar esquerdo no joelho direito (Prova Calcanhar-Joelho) e consegue apontar o dedo do examinador (Prova da Indicação de Barany). Nos membros superior e inferior direito não foi possível avaliar devido à diminuição da força muscular que apresenta. Não apresenta movimentos involuntários.

**Sensibilidade**

- Não foi possível avaliar sensibilidade superficial térmica e profunda vibratória pela diminuição de material e condições em contexto domiciliário;
- Sensibilidade Profunda - Postural: alterada. Quando está de olhos fechados nem sempre percebe em que posição se encontra os segmentos corporais em relação ao corpo.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Equilíbrio e Marcha

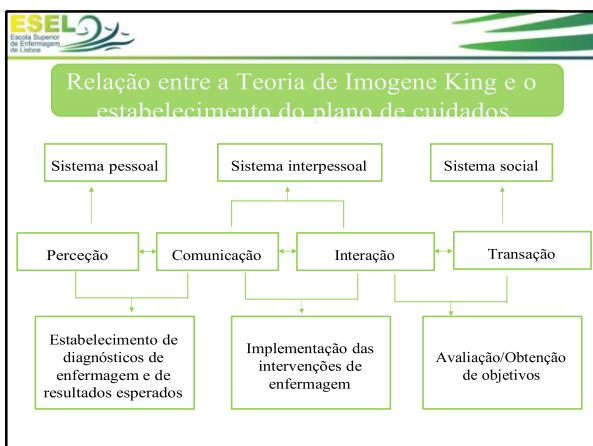
- Utente acamada;
- Realizada tentativa de transferência da posição de deitada para a posição de sentado, sendo necessária ajuda máxima; Utente refere cansaço e desconforto à transferência da posição de deitada para a posição de sentada, motivo pelo qual não realiza levante;
- Avaliado equilíbrio estático sentado, necessitando de apoio de membros superiores para se suportar (incapaz de permanecer sentado sem apoio-pontuação 0 na escala de Berg), pelo que não foi possível realizar levante nem transferência;
- Não foi possível avaliar restantes parâmetros da Escala de Berg, uma vez que, além da diminuição da força muscular, utente apresenta cansaço fácil a pequenos esforços;
- Não foi realizada avaliação da funcionalidade da marcha.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação da Independência Funcional através da MIF

Autocuidados		Locomoção	
A. Alimentação	2	L. Marcha/Cadeira de Rodas	1
B. Higiene Pessoal	1	M. Escadas	1
C. Banho	1	Comunicação	
D. Vestir metade superior	1	N. Compreensão	5
E. Vestir metade inferior	1	O. Expressão	4
F. Utilização da Sanita	1	Consciência do mundo exterior	
Controlo dos Esfínteres		P. Interação Social	4
G. Bexiga	1	O. Resoluçãodos problemas	1
H. Intestino	1	R. Memória	4
Mobilidade – Transferências		Total: 32 - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1		
J. Sanita	1		
K. Banheira/Duche	1		



**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Plano de Cuidados

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/avaliação
02-12-19	Comunicação comprometida relacionado alterações neurológicas manifestado por discurso pouco fluente.	- Que a utente apresente discurso compreensível e fluente em 4 semanas.	- Avaliar capacidade para comunicar; - Incentivar pessoa a comunicar; - [Utilizar estratégias de comunicação, combinando discurso verbal com gestos e sinais]; - Adequar [a comunicação ao interesse da utente]; - [Dar tempo à pessoa para que possa exprimir o que pretende]; - [Validar a informação transmitida com a utente]; - Reforçar as capacidades [da utente, elogiando os progressos]; - Encorajar [a utente a verbalizar com calma e de forma clara, utilizando frases mais curtas];	- 08-01-20: Utente mais confiante, apresenta discurso fluente, coerente e orientado a maioria das vezes. Quando sente mais dificuldade a verbalizar com mais calma, conseguindo com apoio de gestos expressar o que pretende.



ESTUDO DE CASO

Local de Estágio: ECC [REDACTED]

Discente: Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador: Maria Fátima Marques

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Lisboa, janeiro de 2020

APÊNDICE V – Estudo de Caso realizado no contexto hospitalar



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**Pólo Artur Ravara**

**Curso de Mestrado em Enfermagem:**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**2º Ano, 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

## **ESTUDO DE CASO**

**Discente**

Vera Lúcia Tavares Santos nº 8867

**Lisboa**

**Curso de Mestrado em Enfermagem:**

**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**2º Ano, 1º Semestre**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

## **ESTUDO DE CASO**

**Local de Estágio: Serviço Medicina** [REDACTED]

**Discente:** Vera Lúcia Tavares Santos nº 8867

**Docente:** Prof. Doutora Maria Fátima Marques

**Enfermeiro Orientador:** [REDACTED]

**Lisboa**

Outubro de 2019

## **SIGLAS**

AVD- Atividades de vida diária

Cp- Comprimido

Cr- Creatinina

DRC- Doença renal crónica

EEER- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

FA- Fibrilhação auricular

FC- Frequência cardíaca

FiO<sub>2</sub>- Fração inspirada de oxigénio

FR- Frequência respiratória

Hg- Hemoglobina

HTA- Hipertensão arterial

ICC- Insuficiência cardíaca congestiva

IgG- Imunoglobulina G

IV- Intravenoso

L/min- Litro por minuto

Mcg- micrograma

Mg- Miligrama

MIF- Medida de independência funcional

O<sub>2</sub>- Oxigénio

PCO<sub>2</sub>- Pressão parcial de dióxido de carbono

PCR- Proteína C reativa

pH- Potencial de hidrogénio

RFM- Reabilitação funcional motora

RFR- Reabilitação funcional respiratória

SpO2- Saturação periférica de oxigénio

Sr.- Senhor

SU- Serviço de urgência

TA- Tensão arterial

UMA- Unidade maço ano

VNI- Ventilação não invasiva

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
1. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA .....	9
2. COLHEITA DE DADOS.....	11
2.1. Dados pessoais.....	11
2.2. História de doença atual .....	11
2.3. Antecedentes de saúde.....	13
3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL.....	15
3.1. Avaliação da função respiratória.....	15
3.2. Avaliação neurológica .....	17
3.3. Avaliação da função muscular.....	19
3.4. Avaliação da dor .....	20
3.5. Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado.....	21
4. RELAÇÃO ENTRE TEORIA DE CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING E A PESSOA .....	25
5. PLANO DE CUIDADOS .....	27
6.AVALIAÇÃO .....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	37
APÊNDICES	
Apêndice 1- Apresentação em Power Point (11 de novembro de 2019)	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Avaliação da função respiratória .....	15
Quadro 2- Valores de gasimetria arterial ao longo do internamento .....	16
Quadro 3- Avaliação dos pares craneanos .....	18
Quadro 4- Avaliação da função muscular segundo a Escala Medical Research Council .....	19
Quadro 5- Avaliação da sensibilidade .....	19
Quadro 6- Avaliação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel.....	21
Quadro 7- Avaliação da Independência Funcional através da aplicação da Escala Medida de Independência Funcional (MIF) .....	23
Quadro 8- Plano de cuidados.....	27

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Análise do internamento através dos sistemas de Imogene King .....	34
--	----

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi proposta a elaboração de um estudo de caso.

Segundo Ventura (2007), o estudo de caso é uma metodologia que inclui uma escolha de um objeto de estudo, visando a investigação de um caso individual. Deve ser bem delimitado e contextualizado no tempo e espaço, para que se elabore uma colheita de dados pertinente que inclua sintomas e evolução do estado de saúde da pessoa e que conduza a resultados. Para ser elaborado um estudo de caso, deve ser realizada uma fundamentação teórica que reforce a argumentação de quem descreve o caso, a descrição do caso, o delinear de objetivos e as conclusões.

Tendo em conta o descrito anteriormente, ao longo deste estudo de caso vou realizar uma breve revisão bibliográfica acerca das patologias agudas apresentadas pela pessoa sobre o qual decidi fazer o estudo de caso. De seguida, irei descrever a colheita de dados, realizada através do processo clínico, e o exame físico e funcional, que irão permitir o delineamento de um plano de cuidados. Além disso, irei realizar uma reflexão acerca da relação entre teoria de consecução de objetivos de Imogene King e a pessoa.

A elaboração deste estudo de caso permite desenvolver um raciocínio clínico que possibilita que o estudante consiga desenvolver estratégias para realizar uma avaliação da pessoa com base em Instrumentos de Avaliação que visam a colheita de dados que permitam o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, a implementação de intervenções de enfermagem. Estas intervenções têm por finalidade o cuidar da pessoa com base nas necessidades que esta apresenta alteradas, capacitando-a e maximizando a sua funcionalidade, como é descrito nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Diário da República nº85, série 2, 2019).



# 1. REVISÃO ANATOMO-PATOLÓGICA RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

Durante o processo de envelhecimento, existe uma tendência na alteração no padrão de morbidade e, em vez das doenças infeto-contagiosas, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e as suas complicações, o que conduz a uma maior prevalência de incapacidade funcional (Alves, Leite & Machado, 2008). Assim, segundo Radwanski (2011) surgem diversas alterações a vários níveis entre as quais:

- A nível musculoesquelético, tais como diminuição da mobilidade, redistribuição dos minerais ósseos, redistribuição da massa muscular e da gordura, atrofia muscular por desuso, diminuição da força e movimentos mais lentos;

- A nível cardiopulmonar, tais como: diminuição da distensibilidade da caixa torácica, diminuição do reflexo de tosse, redução da atividade ciliar, aumento do risco de infeção pulmonar, redução da capacidade de trabalho e diminuição da força de bombagem do coração;

- A nível neurológico, tais como: diminuição da memória a curto prazo, reflexos mais lentos, aumento do tempo de resposta, diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição do equilíbrio e da coordenação e diminuição dos recetores sensoriais para a dor, temperatura e sensibilidade táctil.

Pode-se concluir, então, que existe mais predisposição para a aquisição de infeções respiratórias e patologia cardíaca, como o que a pessoa que escolhi para o meu estudo de caso apresenta, sendo os diagnósticos principais de internamento: insuficiência cardíaca descompensada e pneumonia da base direita.

Segundo Martins e Barreto (2008), pneumonia descreve-se como uma infeção do parênquima pulmonar caracterizada por: sintomas de doença aguda das vias aéreas inferiores, tais como tosse produtiva e expectoração purulenta; alterações recentes no exame do tórax, tais como crepitações ou síndrome de condensação; uma ou mais manifestações sistémicas, tais como mal estar geral, arrepios ou febre; teleradiografia do tórax com infiltrado que não seja conhecida outra etiologia.

Segundo Cardoso e Cabral (2008), a insuficiência cardíaca agudizada define-se como a instalação súbita de sintomas e sinais de disfunção cardíaca em pessoa com doença cardíaca preexistente. É caracterizado por redução do débito cardíaco e hipoperfusão tecidual que provoca cansaço fácil, extremidades frias, angor, hipotensão e confusão mental e elevação da pressão capilar pulmonar que conduz a dispneia, tosse seca, crepitações à auscultação pulmonar e edemas periféricos.

## **2. COLHEITA DE DADOS**

### **2.1. Dados pessoais**

- Nome: F. G.
- Data de Nascimento: 28 de janeiro de 1927
- Idade: 92 anos
- Género: Masculino
- Residência: Lisboa, com a filha, desde último internamento.
- Profissão: Reformado
- Naturalidade: Portuguesa
- Etnia: Caucasiana

### **2.2. História de doença atual**

(Informação recolhida a partir do processo clínico)

Pessoa de 92 anos, anteriormente dependente parcial na satisfação das suas atividades de vida diária (AVD), deambulando com apoio de bengala, com alguma dificuldade. Internamento recente (entre 31 de agosto e 12 de setembro de 2019) no hospital de Alcobaça por:

- Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) inaugural descompensada;
- Derrame pleural à direita;
- Infecção respiratória;
- Insuficiência respiratória;

No dia 11 de outubro de 2019, pela 1 hora, recorre ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia e toracalgia. À chegada ao SU apresentava: polipneia, saturação

periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>): 88% e febre (Temperatura timpânica: 38,5°C). tensão arterial (TA): 200/120mmHg, Realizou alguns exames complementares de diagnóstico:

- Gasimetria arterial (com aporte de oxigênio por máscara de venturi com FiO<sub>2</sub>: 40%): pH: 7,44; PCO<sub>2</sub>: 38,4mmHg; SpO<sub>2</sub>: 94%; Lactatos: 16mg/dL;
- Analiticamente: Hg: 12,7g/dL; Cr: 1,72 mg/dl; PCR: 1,5mg/L;
- Radiografia do tórax: Hipotransparência na base pulmonar direita;

Cumpriu administração de furosemida, inaloterapia, hidrocortisona e paracetamol de 6/6 horas. Por exaustão respiratória iniciou Ventilação Não Invasiva (VNI). Iniciou antibioterapia com meropenem.

Transferido para o Serviço de Medicina 1- C dia 11-10-19 pelas 12h, ficando internado com os seguintes diagnósticos:

- Pneumonia nosocomial da base direita;
- ICC descompensada;
- Doença renal crónica (DRC) agudizada;
- Insuficiência Respiratória parcial.

Realizado reajuste de antibioterapia para cefotaxima de acordo com colheita de expetoração realizada no SU. Pessoa encontrava-se com aporte de oxigênio por máscara de venturi, com FiO<sub>2</sub> 40% com SpO<sub>2</sub>: 92%.

#### **Terapêutica realizada no internamento (além da terapêutica habitual):**

- Cefotaxima 1g IV (12/12h);
- Paracetamol 1g SOS;
- Quetiapina 25 mg (deitar);
- Salbutamol 100mcg/dose (4 inalações 8/8horas);

- Brometo de Ipatrópio 20mcg/dose (4 inalações 8/8horas);
- Beclametasona 250mcg/dose (2 inalações 12/12h).

### **2.3. Antecedentes de saúde**

**Hábitos aditivos:** Fumador, 15 UMA

**Alergias:** Penicilina

**Terapêutica Habitual:**

- Lansoprazol 30mg (1 cp jejum);
- Furosemida 40mg (1 cp jejum);
- Bisoprolol 2,5mg (1 cp pequeno almoço);
- Ácido acetilsalicílico 100mg (1cp almoço);
- Trimetazidina 35 mg (1 cp pequeno almoço);
- Alopurinol 300mg (1 cp jantar);
- Bromazepam 3mg (1 cp deitar);
- Bisacodilo 5 mg (1 cp jantar);

**Antecedentes pessoais:**

- ICC com dilatação severa da aurícula esquerda, compromisso da fração de ejeção (48%), ventrículo direito dilatado, com função sistólica ligeiramente diminuída e dilatação da aorta ascendente, hipocinésia ligeira difusa;
- Infeção respiratória em setembro de 2019, medicado com levofloxacina, com internamento no Hospital de Alcobaça;
- Insuficiência respiratória tipo 1;
- DRC com Cr basal de 1,56mg/dl;

- Fibrilhação Auricular (FA) paroxística, não anticoagulado;
- Gamapatia monoclonal, IgG lambda, seguido no Centro Hospitalar de Coimbra;
- Hipertensão Arterial (HTA);
- Hiperuricémia.

### 3. EXAME FÍSICO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

(12-10-19)

Pessoa do género masculino, consciente. Por agitação psicomotora necessária utilização de contenção física para cumprimento terapêutico e segurança da pessoa e iniciou terapêutica (quetiepina 25mg) que lhe provocou alguma sonolência. Embora cumpra ordens simples, por vezes apresenta-se pouco participativo na prestação de cuidados.

Eupneico com aporte de Oxigénio (O<sub>2</sub>) por máscara de venturi com FiO<sub>2</sub>: 40%, com SpO<sub>2</sub>: 92%-94%. Sinais vitais estáveis: TA: 122/88mmhg; FC: 100bpm; TT: 37,2°C; FR: 19 ciclos/minuto. Sem dor.

Pele e mucosas coradas, pouco hidratadas, acianóticas. Sem perda da integridade cutânea.

Dependente em grau moderado na satisfação das suas AVD's. Alimenta-se com ajuda de terceiros. Realiza levante para cadeirão no período da manhã, com apoio bilateral de terceiros. No restante período auxiliado a posicionar-se no leito.

Algaliado para controlo de débito urinário. Incontinente fecal. Utiliza fralda.

#### 3.1. Avaliação da função respiratória

**Quadro 1-** Avaliação da função respiratória

Inspeção estática	Tórax normolíneo, sem alterações ao nível da coluna torácica.
Inspeção dinâmica	Frequência respiratória: 19 ciclos por minuto;  Ritmo respiratório normal;

	<p>Padrão respiratório: Costal;</p> <p>Respiração superficial;</p> <p>Simetria em relação aos movimentos respiratórios.</p>
Palpação	<p>Sem desvio da traqueia;</p> <p>Expansão pulmonar diminuída.</p>
Percussão	Som maciço na base direita.
Auscultação	<p>Murmúrio vesicular mantido nos campos pulmonares esquerdos, diminuído na base direita. Roncos dispersos, predominantemente na base direita.</p>
Tosse	Apresenta acessos de tosse produtiva eficaz, esporadicamente
Características das secreções	Mucopurulentas em moderada quantidade
Escala de Borg Modificada – Avaliação da Dispneia	3- Moderada

### Valores de Gasimetria arterial

#### Quadro 2- Valores de gasimetria arterial ao longo do internamento

	11-10-19	14-10-19	15-10-19
pH	7,448	7,37	7,42
pCO <sub>2</sub> (mmHg)	38,4	47,4	45,5
pO <sub>2</sub> (mmHg)	68,5	82,8	89,4
SO <sub>2</sub> (%)	94 (MV FiO <sub>2</sub> 40%)	95,1 (O <sub>2</sub> a 4L/min)	97,7 (O <sub>2</sub> a 1L/min)

<b>HCO<sub>3</sub> (mmol/L)</b>	26,6	26,1	28,4
<b>Lactatos (mg/dl)</b>	16	31	14

## **3.2. Avaliação neurológica**

### **Estado mental**

- Escala de Coma de Glasgow- 14
  - Abertura Ocular – Espontânea (4)
  - Resposta Verbal – Confusa (4)
  - Resposta Motora – A ordens (6)
  
- Orientação: Pessoa orientada autopsiquicamente, mas desorientada alopsiquicamente.
- Atenção: Vigil, nem sempre consegue estar atento ao que lhe é solicitado, por vezes apresenta concentração com tempo diminuído.
- Memória: Memória sensorial, imediata e remota mantida. Memória recente de curto e longo prazo alteradas.
- Linguagem: Apresenta discurso espontâneo, nomeia 5/5 objetos, repete 5/5, compreensão aparentemente mantida, respondendo de forma coerente às questões que lhe são colocadas e cumprindo ordens simples.
- Capacidade Prática: Aparentemente mantida.

## Pares Craneanos

**Quadro 3-** Avaliação dos pares craneanos

<b>Par Craneano</b>	<b>Avaliação</b>
<b>VI- Olfativo</b>	Sem alterações
<b>VII- Ótico</b>	Sem alterações
<b>VIII- Oculo Motor IX- Patético VI – Motor Ocular Externo</b>	Apresenta isocória. Sem alterações.
<b>X- Trigêmeo</b>	Sensibilidades térmica, dolorosa e tátil mantidas.  Dificuldade na mastigação, por diminuição do número de peças dentárias.
<b>XIII- Facial</b>	Simetria facial.  Paladar mantido
<b>XIV- Vestíbulo-Coclear</b>	Audição mantida  Equilíbrio estático e dinâmico sentado diminuído, sentido necessidade de apoio dos membros superiores no leito.  Não foi possível avaliar equilíbrio estático nem dinâmico em pé.
<b>XV- Glossofaríngeo</b>	Sem alterações, identifica diversos sabores (salgado, doce).
<b>XVI- Vago</b>	Sem alterações
<b>XVII- Espinhal</b>	Sem alterações
<b>XVIII- Hipoglosso</b>	Sem alterações

### 3.3. Avaliação da função muscular

**Quadro 4-** Avaliação da função muscular segundo a Escala Medical Research Council

<b>Movimentos avaliados</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>
<b>Abdução do ombro</b>	5- Força normal	5- Força normal
<b>Flexão do cotovelo</b>	5- Força normal	5- Força normal
<b>Extensão do punho</b>	5- Força normal	5- Força normal
<b>Flexão da anca</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência	3- Movimento ativo contra a gravidade
<b>Extensão do joelho</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência	3- Movimento ativo contra a gravidade
<b>Dorsiflexão da tibiotársica</b>	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência

**Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth** – pessoa não apresenta nenhum aumento de tónus muscular em nenhum dos segmentos corporais.

**Coordenação de Movimentos:** Pessoa apresenta taxia, apresentando coordenação e simetria de movimentos em ambos os membros superiores e inferiores. Não apresenta movimentos involuntários.

**Sensibilidade:**

**Quadro 5-** Avaliação da sensibilidade

Sensibilidade	Dolorosa: reage ao toque da caneta, sensibilidade dolorosa mantida
---------------	--

Superficial	Térmica: reage ao frio (gelo) e ao calor. Sensibilidade térmica mantida
	Tátil: reage a toque de compressa. Sensibilidade tátil mantida.
Sensibilidade	Postural: mantida.
Profunda	Vibratória: não foi avaliada.
	Pressão: mantida.

### **Equilíbrio e marcha:**

- Aquando a realização de levante para cadeirão, apresenta necessidade de ajuda moderada a máxima para se levantar (pontuação 0 na escala de Berg) e é incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (pontuação 0 na escala de Berg). Avaliado equilíbrio estático sentado, necessitando de apoio de membros superiores para se suportar (incapaz de permanecer sentado sem apoio- pontuação 0 na escala de Berg). Durante a transferência de posição de pé para a posição de sentada, pessoa necessita de ajuda para se sentar (pontuação 0 na escala de Berg). Durante as transferências entre superfícies necessita de apoio de duas pessoas (pontuação 0 na escala de Berg). Não foi possível avaliar restantes parâmetros da Escala de Berg, uma vez que, além da pessoa já anteriormente apresentar dificuldade na marcha, durante o internamento apresentar cansaço fácil a pequenos esforços, cumprimento de oxigenioterapia e por apresentar alguns períodos de confusão, o que condiciona o processo de reabilitação. Por este motivo também não foi realizada avaliação da funcionalidade da marcha.

### **3.4. Avaliação da dor**

Escala Numérica: 0

### 3.5. Avaliação do grau de dependência e impacto no autocuidado

**Quadro 6-** Avaliação do grau de dependência segundo o Índice de Barthel

<b>Descrição</b>	<b>Pontuação</b>
11. Alimentação: Independente-10  Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) - 5  Dependente – 0	5
12. Transferências Independente – 15  Precisa de alguma ajuda – 10  Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se – 5  Dependente, não tem equilíbrio sentado – 0	5
13. Toalete Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes – 5  Dependente, necessita de alguma ajuda – 0	0
14. Utilização do WC Independente – 10  Precisa de alguma ajuda – 5  Dependente – 0	0
15. Banho Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) – 5  Dependente, necessita de alguma ajuda – 0	0
16. Mobilidade Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) – 15	0

<p>Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda – 10</p> <p>Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas – 5</p> <p>Imóvel – 0</p>	
<p>17. Subir e descer escadas</p> <p>Independente, com ou sem ajudas técnicas – 10</p> <p>Precisa de ajuda – 5</p> <p>Dependente – 0</p>	0
<p>18. Vestir</p> <p>Independente – 10</p> <p>Com ajuda – 5</p> <p>Impossível – 0</p>	5
<p>19. Controlo intestinal</p> <p>Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar – 10</p> <p>Acidente ocasional – 5</p> <p>Incontinente ou precisa de uso de clisteres - 0</p>	0
<p>20. Controlo urinário</p> <p>Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho – 10</p> <p>Acidente ocasional (máximo ma vez por semana) – 5</p> <p>Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinha - 0</p>	0
<p>Total</p>	15 – Dependência total

**Quadro 7- Avaliação da Independência Funcional através da aplicação da Escala Medida de Independência Funcional (MIF)**

Níveis	7- Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	Sem ajuda
	6- Independência Modificada (dispositivo); Dependência Modificada: 5- Supervisão 4- Ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ ) 3- Ajuda moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ ) Dependência Completa: 2 – Ajuda máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ ) 1- Ajuda total (indivíduo realiza $< 25\%$ )	Ajuda
Autocuidados		
S- Alimentação	4	
T- Higiene Pessoal	2	
U- Banho	2	
V- Vestir metade superior	3	
W- Vestir metade inferior	2	
X- Utilização da Sanita	1	
Controlo dos Esfinteres		
Y- Bexiga	1	
Z- Intestino	1	
Mobilidade – Transferências		

AA-	Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	2
BB-	Sanita	2
CC-	Banheira, Duche	2
Locomoção		
DD-	Marcha/Cadeira de Rodas	1
EE-	Escadas	1
Comunicação		
FF-	Compreensão	5
GG-	Expressão	5
Consciência do mundo exterior		
HH-	Interação Social	5
II-	Resolução dos problemas	3
JJ-	Memória	4
Total		46 - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa

#### **4. RELAÇÃO ENTRE TEORIA DE CONSECUÇÃO DE OBJETIVOS DE IMOGENE KING E A PESSOA**

King (1984) defende a existência de três sistemas: sistema pessoal, sistema interpessoal e sistema social. O sistema pessoal inclui conceitos como percepção, o “eu”, a imagem corporal, o crescimento e desenvolvimento, o tempo e o espaço e diz respeito à forma como cada pessoa processa a informação acerca do meio ambiente e relaciona o seu presente com experiências passadas, o que condiciona a sua percepção acerca do que os rodeia, isto é, é o sistema de cada pessoa que quando em contacto com outro dão origem ao sistema interpessoal. O sistema interpessoal diz respeito à ligação entre mais que uma pessoa e inclui os conceitos papel, interação, comunicação, transação, stress e coping. Por último, o sistema social envolve grupos que constituem a sociedade e inclui conceitos como a organização, poder, autoridade e status, tomada de decisão, controlo e realização dos objetivos. Apesar de cada conceito estar mais relacionado com um sistema, tanto os vários conceitos como os vários sistemas estão sempre interligados.

A teoria destes três sistemas vai de encontro aos conceitos principais desenvolvidos por King (1984), que assume que durante o processo de enfermagem existe um conjunto de ações recíprocas entre o enfermeiro e a pessoa cuidada que, através da percepção (representação da realidade para cada pessoa) e da comunicação (processo pelo qual a informação passa de uma pessoa para a outra) estabelecem uma interação (processo de percepção e comunicação entre 2 ou mais pessoas ou entre pessoa e ambiente que podem revelar como as pessoas se sentem em relação a uma situação e/ou a outra pessoa). Esta interação deve conduzir a uma transação (situação na qual duas pessoas entram numa situação como participantes ativos e evoluem no processo da experiência) de modo a alcançar os objetivos traçados, o que se traduz no crescimento e desenvolvimento pessoal tanto do enfermeiro como da pessoa cuidada e numa satisfação nos cuidados, contribuindo para o bem estar e saúde da pessoa.

Quando o Sr. F. G. deu entrada no serviço apresentava-se desorientado alopsiquicamente, com períodos de agitação psicomotora, pelo que nem sempre a comunicação verbal se tornava eficaz. Este aspeto influenciou a perceção da pessoa em relação ao local onde se encontrava e ao que lhe era pedido, o que, por sua vez, condicionou a interação entre o Sr. F. e o EEER.

Sendo necessária a participação do Sr. F. G. na prestação de cuidados para esta se tornar mais eficaz, nomeadamente ao nível das técnicas respiratórias e cinesiterapia respiratória, foi primeiro necessário avaliar a perceção que a pessoa tinha acerca do que lhe era solicitado. Através da comunicação verbal, o Sr. F não cumpriu o que lhe foi pedido, por isso, foi desenvolvida outra estratégia de comunicação, apelando ao subsistema de contacto auditivo e visual (tacésica), através da demonstração da técnica a realizar, nomeadamente a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e a respiração diafragmática. Após a utilização desta técnica, a pessoa cumpriu o que lhe foi solicitado e, conseqüentemente, apresentou melhoria da sua função respiratória, considerando-se assim, que existiu uma transação.

Neste contexto, pode -se assumir que existiu uma melhoria na participação da pessoa nos cuidados prestados após a adequação das estratégias de comunicação, isto é, o Sr. F. que tem o seu sistema pessoal, em interação com o EEER que tem também o seu sistema pessoal, criam um sistema interpessoal, no qual a adaptação da comunicação é essencial para a que ocorra a transação que implica a participação nos cuidados que conduz a uma melhoria da situação clínica do Sr. F.

## 5. PLANO DE CUIDADOS

**Quadro 8-** Plano de cuidados

<b>Data</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Registos/avaliação</b>
12-10-19	Ventilação comprometida, relacionado com infeção respiratória, manifestado por dispneia, respiração superficial e cansaço fácil a pequenos esforços.	- Que pessoa apresente ventilação melhorada em três dias;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar respiração;</li> <li>- Avaliar ventilação;</li> <li>- Auscultar tórax;</li> <li>- Executar técnica de posicionamento:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posição de descanso e relaxamento;</li> <li>- Correção postural;</li> </ul> </li> <li>- Assistir nas técnicas respiratórias:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reeducação abdominofrágmica posterior;</li> <li>- Reeducação da hemicúpula diafragmática direita;</li> </ul> </li> </ul>	15-10-19: Pessoa apresenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da sua situação clínica;</li> <li>- Melhoria dos valores de gasimetria arterial;</li> <li>- Diminuição do aporte de oxigénio de 10L/min por máscara de venturi (12-10-19), para 1L/min por óculos nasais (14-10-19);</li> <li>- SpO2: 92-95%;</li> <li>- FR: 20 ciclos por minutos;</li> <li>- Diminuição do cansaço;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reeducação da hemicúpula diafragmática esquerda;</li> <li>- Reeducação costal inferior direita;</li> <li>- Reeducação costal inferior esquerda;</li> <li>- Assistir na cinesiterapia respiratória: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura costal global;</li> <li>- Abertura costal seletiva à direita;</li> <li>- Abertura costal seletiva à esquerda;</li> <li>- Exercício de rotação da escapulo umeral;</li> <li>- Técnica de drenagem postural modificada [Posição lateral esquerdo, em semi fowler];</li> <li>- Técnica de percussão torácica;</li> <li>- Técnica de vibrocompressão torácica;</li> </ul> </li> <li>- Gerir oxigenioterapia;</li> <li>- Incentivar uso de técnicas respiratórias;</li> <li>- Incentivar repouso;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior participação nos exercícios de cinesiterapia respiratória e técnicas respiratórias.</li> </ul>
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar frequência respiratória;</li> <li>- Monitorizar [Saturação de O2];</li> <li>- Promover a hidratação adequada.</li> </ul>	
12-10-19	<p>Expetorar comprometido, relacionado com infeção respiratória manifestado por tosse ineficaz</p>	<p>- Que pessoa apresente expetorar melhorado em dois dias;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar reflexo de tosse;</li> <li>- Executar cinesiterapia respiratória: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura costal global;</li> <li>- Abertura costal seletiva à direita;</li> <li>- Abertura costal seletiva à esquerda;</li> <li>- Exercício de rotação da escapulo umeral;</li> <li>- Técnica de drenagem postural modificada [Posição lateral esquerdo, em semi fowler];</li> <li>- Técnica de percussão torácica;</li> <li>- Técnica de vibrocompressão torácica;</li> </ul> </li> <li>- Executar terapêutica inalatória através de inalador, [com recurso a câmara expansora];</li> <li>- Executar técnica de posicionamento;</li> </ul>	<p>15-10-19: Apresenta acessos de tosse eficaz, expelindo secreções muco-purulentas em quantidade moderada após realização de exercícios de cinesiterapia respiratória.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar expetoração;</li> <li>- Supervisionar ventilação;</li> <li>- Promover a hidratação adequada.</li> </ul>	
12-10-19	Movimento articular diminuído, relacionado com idade e imobilidade no leito, manifestado por diminuição da força muscular ao nível dos membros inferiores	- Que pessoa apresente movimento melhorado nos próximos 5 dias;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar força muscular;</li> <li>- Monitorizar força muscular [através de Escala Medical Research Council];</li> <li>- Executar técnica de exercício muscular e articular: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilizações ativas-assistidas;</li> <li>- Automobilizações;</li> </ul> </li> <li>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos;</li> <li>- Supervisionar o movimento articular.</li> </ul>	15-10-19: Durante o internamento foram realizados exercícios de mobilização articular e muscular no leito, de modo a que não surja diminuição da força muscular, que permita à pessoa, após o internamento, retomar as atividades que realizava previamente. Apresenta manutenção dos valores da Escala Medical Research Council.
14-10-19	Risco de problema na continuidade de cuidados	- Risco de problema na continuidade de cuidados ausente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar a continuidade de Cuidados;</li> <li>- Referenciar para o prestador de Cuidados;</li> </ul>	14-10-19: Reforçado à filha a importância da continuidade de cuidados, sendo colocada

	relacionado com incapacidade física e mental para gestão da saúde		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a expectativa sobre os cuidados no domicílio;</li> <li>- Ensinar a família sobre comportamento de procura de saúde.</li> </ul>	a hipótese de referência à Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para manutenção da vigilância e cumprimento de técnicas respiratórias e cinesiterapia respiratória.
--	---	--	---	---



## 6.AVALIAÇÃO

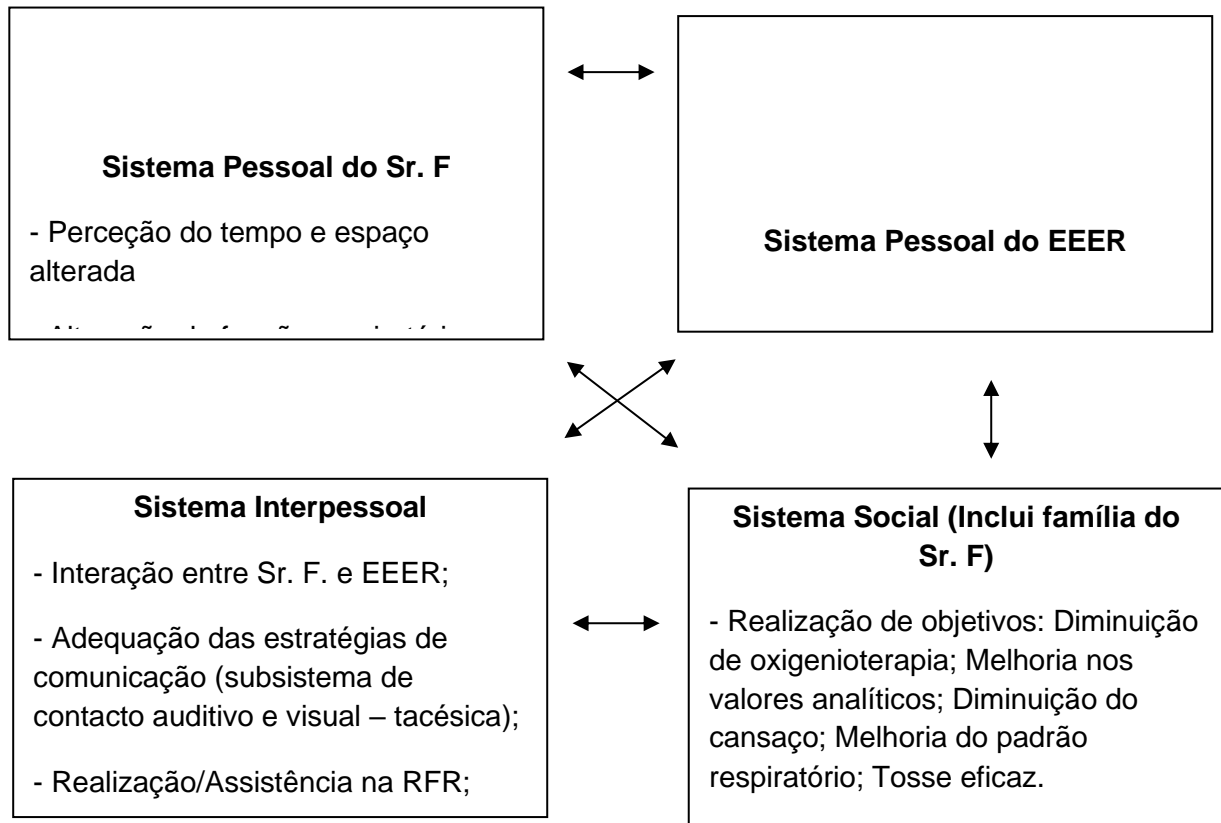
O Sr. F. que tem o seu sistema pessoal, à sua data de entrada no hospital apresentava alteração na percepção do tempo e espaço e alteração da função respiratória. Encontrava-se pouco participativo aos cuidados, também condicionado pelo quadro de agitação alternado com sonolência (provocada também pela infeção e pela terapêutica administrada pelo quadro de agitação).

O EEER (que também tem o seu sistema pessoal, que envolve as suas experiências) tem como objetivo a aplicação de intervenções de enfermagem de reabilitação que visam a melhoria da situação clínica da pessoa. Deste modo, tentou-se, através da comunicação verbal, através da linguagem oral, pedir, por exemplo, ao Sr. F que “cheirasse” e “soprasse” de modo a tentar cumprir os exercícios de controlo e dissociação do tempo respiratório e os exercícios de reeducação abdominofragmática. Porém, o Sr. não cumpria o que lhe era solicitado e, então, iniciou-se outra estratégia: demonstrar a técnica a realizar, ativando o subsistema de contacto visual e auditivo (tacésica). Este aspeto traduziu a interação entre o Sr. F e o EEER e, assim, foi inserido o sistema interpessoal referido na teoria de Imogene King. Esta adaptação de estratégia da comunicação revelou-se eficaz, pelo que o Sr. tornou-se mais participativo nos cuidados de reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora, considerando, assim, que ocorreu uma transação.

Esta transação revelou-se na realização dos objetivos traçados, nomeadamente diminuição de aporte de O<sub>2</sub> 10L/min (12-10-19) para 1L/min (15-10-19), melhoria nos valores analíticos, diminuição do cansaço, melhoria do padrão respiratório e melhoria no expetorar, apresentando tosse eficaz. Apesar das melhorias, foi reforçada à filha a importância da continuidade de cuidados, sendo colocada a hipótese de referenciação à ECCI para manutenção da vigilância e cumprimento de técnicas respiratórias e cinesiterapia respiratória (sistema social).

A figura 1 representa, esquematicamente, o que foi descrito anteriormente.

**Figura 1:** Análise do internamento através dos sistemas de Imogene King



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso foi realizado no serviço de Medicina ■■■, onde o tempo de internamento é curto. Este facto condiciona a elaboração e aplicação do plano de cuidados, uma vez que o tempo que se tem para intervir e avaliar os resultados é curto, o que nem sempre permite verificar se os cuidados prestados provocaram alterações no estado de saúde da pessoa cuidada.

Apesar do que foi descrito anteriormente, a elaboração deste estudo de caso tornou-se muito importante pois permitiu-me a aquisição e consolidação de alguns conhecimentos relacionados com as intervenções realizadas, nomeadamente na aplicação dos Instrumentos de Avaliação utilizados e também das técnicas utilizadas.

Durante a elaboração do estudo de caso, foi difícil estabelecer uma ligação entre o caso apresentado e a teoria de Consecução de Objetivos de Imogene King, tendo em conta que as alterações que o Sr. F. apresentava não eram aparentemente ao nível da comunicação. Porém, a comunicação está sempre presente em todos os cuidados e, por isso, foi bastante desafiador e interessante transpor o caso clínico para um modelo que não parece estar relacionado com o mesmo. Considero que foi muito gratificante e permitiu que percebesse que, por vezes, precisamos de tentar delinear estratégias que não são tão óbvias para concretizar os objetivos que nos são propostos, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Apesar das melhorias apresentadas neste curto período de tempo pelo Sr. F., há sempre intervenções que poderiam ser realizadas e, assim, em jeito de reflexão com o enfermeiro orientador, concluímos que neste caso específico, poderíamos ter também realizado a avaliação da deglutição através da Escala de GUSS. Segundo Junior, Camargo e Carvalho (2007), a pessoa que apresenta várias patologias e/ou redução do estado de consciência apresentam maior risco de aspiração e, conseqüentemente, de pneumonias. Tendo em conta o que foi descrito durante o estudo de caso, sabe-se que o Sr. F é idoso e o processo de envelhecimento pode provocar diminuição dos reflexos. Além disso, o Sr. apresenta alguns períodos de agitação/sonolência, embora facilmente despertável, o que aumenta o risco de aspiração. Neste sentido, tornar-se-ia importante avaliar o reflexo de deglutição para

que, se fosse necessário, implementar intervenções que reduzissem o risco de aspiração e, conseqüentemente, redução de do risco de pneumonia e internamento.

Estas reflexões permitem-me perceber que, apesar de pensarmos na pessoa de forma holística, estamos mais despertos para o que nos parece mais óbvio, relacionado com o diagnóstico principal e esquecemo-nos do que por vezes pode agravar a situação clínica da pessoa.

Por tudo o que foi descrito anteriormente, considero que a elaboração deste tipo de trabalhos é bastante pertinente e nos permite a aquisição de um raciocínio clínico e reflexivo que se vai tornar muito importante na aquisição das competências específicas do EEER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, L. C., Leite, I. C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1199-1207. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria* (Documento de apoio). Acedido em 01 de outubro de 2019. Disponível em <https://web.esenfc.pt › include › download>
- Circular Normativa nº9/DGCG (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático do registo da Dor. Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Controlo da Dor (14-06-2003)*. Acedido a 20 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Cordeiro, M. C. O. C., & Menoita, E. C. P, C. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures, Lusociência.
- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde (2015). *Escala de coma de Glasgow: Avalie da seguinte forma*. Acedido em 30 de outubro de 2019. Disponível em <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
- Junior, C. T., Camargo, F. P., & Carvalho, C. R. R. (2007). Pneumonia Aspirativa Associada a Alterações da Deglutição. *RBTL*. 19 (1), 118-122. Acedido em 08 de novembro de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a16v19n1.pdf>
- King, I.M. (1984). *Enfermeria como profesión – Filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa.

- Martins, M., & Barreto, V. (2008). Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). In A. H. Carneiro & E. Neutel (Ed). *Curso de Evidência na Emergência 2008- Manual de Procedimentos*. Porto: Pfizer.
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto, Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de outubro de 2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- Norma nº 054 (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação*. Direção-Geral de Saúde, 27-12-2011. Acedido a 12 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Radwansky, M. L. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica In S.P. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados* (C. Saraiva et al, Trad.) (4ªed.) (pp.695-714). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Rehabilitation Nursing – Prevention, intervention & outcomes, 4th ed., 2008, Mosby Inc.).
- Regulamento n.º 392/2019, de 3 de Maio. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2ª Série, nº 85, de 3 de maio de 2019. Acedido a 08 de novembro de 2019. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte\\_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216893/details/maximized?serie=II&parte_filter=33&date=2019-05-01&dreId=122202664)

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *SOCERJ*, 20 (5), 383-386. Acedido em 08 de novembro de 2019. Disponível em [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)

## **APÊNDICES**



ESTUDO DE CASO

Local de Estágio: Serviço de Medicina [REDACTED]

Discente: Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador: Maria Fátima Marques

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Lisboa, novembro de 2019

Índice

- Revisão Anatomo-patológica relativa à situação clínica
- Colheita de dados
- Exame físico e avaliação funcional
- Relação entre teoria da consecução de objetivos de Imogene King e a pessoa
- Plano de cuidados
- Referências Bibliográficas

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Revisão Anatomo-patológica

**Idade**

- Envelhecimento => predominância das doenças crónico-degenerativas e as suas complicações => maior prevalência de incapacidade funcional (Alves, Leite & Machado, 2008).
- Alterações musculoesqueléticas: diminuição da mobilidade, atrofia muscular por desuso, diminuição da força e movimentos mais lentos (Radwanski, 2011)
- Alterações cardiopulmonares: diminuição da distensibilidade da caixa torácica, diminuição do reflexo de tosse, redução da capacidade de trabalho cardíaca (Radwanski, 2011);
- Alterações neurológicas: diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, diminuição do equilíbrio e coordenação, reflexos mais lentos, aumento do tempo de resposta (Radwanski, 2011).

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Revisão Anatomo-patológica

**Pneumonia**

- Infeção do parênquima pulmonar
- Sintomas de doença aguda das vias aéreas inferiores (tosse produtiva e expectoração purulenta); alterações recentes no exame do tórax (crepitações); manifestações sistémicas (mal estar geral, arrepios ou febre); teleradiografia do tórax com infiltrado (Martins & Barreto, 2008)

**Insuficiência cardíaca descompensada**

- Instalação súbita de sintomas e sinais de disfunção cardíaca em pessoa com doença cardíaca preexistente;
- Redução do débito cardíaco e hipoperfusão tecidual (cansaço fácil, extremidades frias, hipotensão e confusão mental) e elevação da pressão capilar pulmonar (dispnéia, tosse, crepitações e edemas periféricos (Cardoso & Cabral, 2008).

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Colheita de Dados

**Dados pessoais**

- Nome: F. G.
- Data de Nascimento: 28/01/1927
- Idade: 92 anos
- Género: Masculino
- Residência: Lisboa, com a filha, desde último internamento (09/19).
- Profissão: Reformado
- Nacionalidade: Portuguesa
- Etnia: Caucasiana

**Hábitos aditivos: Fumador, 15 UMA**  
**Alergias: Penicilina**

**Anteriormente dependente parcial na satisfação das suas AVD, deambulando com apoio de bengala, com alguma dificuldade.**

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Colheita de Dados

**História da doença atual:**

**11-10-19 (1h):**

- SU por dispnéia e toracalgia.
- Apresentava: polipneia, SpO<sub>2</sub>: 88% e febre (TT: 38,5°C). TA: 200/120mmHg.
- Gasimetria arterial (com O<sub>2</sub> por MV a 10L/min com FiO<sub>2</sub>: 40%): pH: 7,44; PCO<sub>2</sub>: 38,4mmHg; SpO<sub>2</sub>: 94%; Lactatos: 16mg/dL;
- Análiticamente: Hg: 12,7g/dL; Cr: 1,72 mg/dL; PCR: 1,5mg/L;
- Radiografia do tórax: Hipotransparência na base pulmonar direita;
- Cumpriu administração de furosemida, inalaoterapia, hidrocortisona e paracetamol de 6/6 horas.
- Por exaustão respiratória iniciou VNI.
- Início antibioterapia com meropenem.

**11-10-19 (12h)**

- Transferido para o Serviço de Medicina 1- C
- Diagnósticos:
  - Pneumonia nosocomial da base direita;
  - ICC descompensada;
  - DRC agudizada;
  - Insuficiência Respiratória parcial.
- Realizado reajuste de antibioterapia para cefotaxima de acordo com colheita de expectoração realizada no SU.
- SpO<sub>2</sub>: 92% com O<sub>2</sub> por MV, com FiO<sub>2</sub> 40%.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Colheita de Dados

**Antecedentes pessoais:**

- ICC com dilatação severa da aurícula esquerda, compromisso da fração de ejeção (48%), ventrículo direito dilatado, com função sistólica ligeiramente diminuída e dilatação da aorta ascendente, hipocinésia ligeira difusa;
- Infecção respiratória em setembro de 2019, medicado com levofloxacina, com internamento no Hospital de Alcobaça;
- Insuficiência respiratória tipo 1;
- DRC com Cr basal de 1,56mg/dl;
- FA paroxística, não anticoagulado;
- Gamapátia monoclonal, IgG lambda, seguido no Centro Hospitalar de Coimbra;
- HTA;
- Hiperuricémia.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Colheita de Dados

**Terapêutica Habitual:**

- Lansoprazol 30mg (1 cp jejum);
- Furosemida 40mg (1 cp jejum);
- Bisoprolol 2,5mg (1 cp PA);
- Ácido acetilsalicílico 100mg (1cp almoço);
- Trimetazidina 35 mg (1 cp PA);
- Alopurinol 300mg (1 cp JT);
- Bromazepam 3mg (1 cp deitar);
- Bisacodilo 5 mg (1 cp JT);

**Terapêutica realizada no internamento :**

- Cefotaxima 1g IV (12/12h);
- Paracetamol 1g SOS;
- Quetiapina 25 mg (deitar);
- Salbutamol 100mcg/dose (4 inalações 8/8horas);
- Brometo de Ipratrópio 20mcg/dose (4 inalações 8/8h);
- Beclametasona 250mcg/dose (2 inalações 12/12h).

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação da função respiratória

Inspeção estática	Tórax normolíneo, sem alterações ao nível da coluna torácica.
Inspeção dinâmica	Frequência respiratória: 19 ciclos por minuto; Ritmo respiratório normal; Padrão respiratório: Costal; Respiração superficial; Simetria em relação aos movimentos respiratórios.
Palpação	Sem desvio da traqueia; Expansão pulmonar diminuída.
Percussão	Som maciço na base direita.
Auscultação	Murmúrio vesicular mantido nos campos pulmonares esquerdos, diminuído na base direita. Roncos dispersos, predominantemente na base direita.
Tosse	Apresenta acessos de tosse produtiva eficaz, esporadicamente
Características das secreções	Mucopurulentas em moderada quantidade
Escala de Borg Modificada	+3- Moderada
Avaliação da Dispneia	

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação da função respiratória

Valores de Gasimetria Arterial

	Valores de referência (1)	11-10-19	14-10-19	15-10-19
pH	7,350-7,450	7,448	7,37	7,42
pCO2 (mmHg)	35,0-45,0	38,4	47,4	45,5
pO2 (mmHg)	75-100	68,5	82,8	89,4
SO2 (%)	92,0-98,5	94 (MV FiO2 40%, 10L/min)	95,1 (O2 a 4L/min)	97,7 (O2 a 1L/min)
HCO3 (mmol/L)	22-26	26,6	26,1	28,4
Lactatos (mg/dl)	4,5-18	16	31	14

(1)- Laboratório de ISM (2019)

**ESEL**  
Centro Superior de Enfermagem de Coimbra

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Neurológica

<b>Escala de Coma de Glasgow</b>	• 14
<b>Orientação</b>	• Pessoa orientada autopsiquicamente, mas desorientada
<b>Atenção</b>	• Vigil, nem sempre consegue estar atento ao que lhe é solicitado,
<b>Memória</b>	• Memória sensorial, imediata e remota mantida. Memória recente
<b>Linguagem</b>	• Apresenta discurso espontâneo, nomeia 5/5 objetos, repete 5/5, compreensão aparentemente mantida, responde de forma coerente às questões colocadas e cumpre ordens simples.
<b>Capacidade Prática</b>	• Aparentemente mantida.
<b>Pares Craniais</b>	Alteração no VIII par- Vestíbulo-Coclear: - Equilíbrio estático e dinâmico sentado diminuído, sentido necessidade de apoio dos membros superiores no leito. - Não foi possível avaliar equilíbrio estático nem dinâmico em pé

**ESEL**  
Centro Superior de Enfermagem de Coimbra

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Força Muscular (Medical Research Council)

Movimentos avaliados	Esquerdo	Direito
Abdução do ombro	5- Força normal	5- Força normal
Flexão do cotovelo	5- Força normal	5- Força normal
Extensão do punho	5- Força normal	5- Força normal
Flexão da anca	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência	3- Movimento ativo contra a gravidade
Extensão do joelho	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência	3- Movimento ativo contra a gravidade
Dorsiflexão da tibiotársica	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência	4- Movimento ativo contra a gravidade de resistência

**ESEL**  
Centro Superior de Enfermagem de Coimbra

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Avaliação Função Muscular

**Tónus Muscular Segundo a Escala Modificada de Ashworth**

- Não apresenta nenhum aumento de tónus muscular em nenhum dos segmentos corporais.

**Coordenação de Movimentos**

- Pessoa apresenta taxia, apresentando coordenação e simetria de movimentos em ambos os membros superiores e inferiores. Não apresenta movimentos involuntários.

**Sensibilidade**

- Não apresenta alterações na sensibilidade

**ESEL**  
Centro Superior de Enfermagem de Coimbra

## Exame Físico e Avaliação Funcional

### Equilíbrio (Escala de Berg) e Marcha

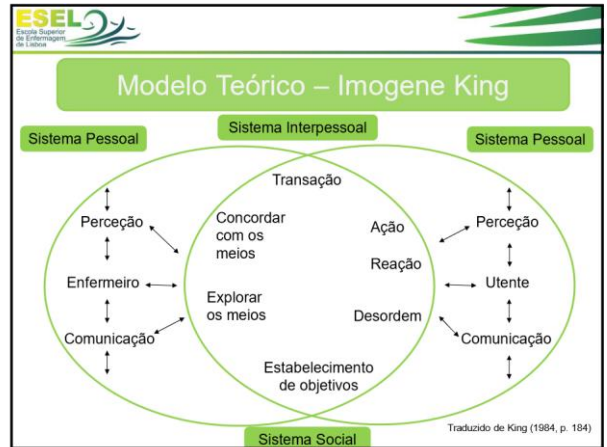
- Levante para cadeirão: necessidade de ajuda moderada a máxima para se levantar (0)
- Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0).
- Incapaz de permanecer sentado sem apoio (necessita de apoio de membros superiores para se suportar- 0)
- Durante a transferência de posição de pé para a posição de sentada, pessoa necessita de ajuda para se sentar (0).
- Durante as transferências entre superfícies necessita de apoio de duas pessoas (0).
- Não foi possível avaliar restantes parâmetros da Escala de Berg por dificuldade na marcha (anterior), cansaço fácil a pequenos esforços, cumprimento de oxigenioterapia e por apresentar alguns períodos de confusão.
- Não foi realizada avaliação da funcionalidade da marcha, por não apresentar equilíbrio estático sentado.

**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Exame Físico e Avaliação Funcional

Avaliação da Independência Funcional através da MIF

Autocuidados		Locomoção	
A. Alimentação	4	L. Marcha/Cadeira de Rodas	1
B. Higiene Pessoal	2	M. Escadas	1
C. Banho	2	<b>Comunicação</b>	
D. Vestir metade superior	3	N. Compreensão	5
E. Vestir metade inferior	2	O. Expressão	5
F. Utilização da Sanita	1	<b>Consciência do mundo exterior</b>	
<b>Controlo dos Esfínteres</b>		P. Interação Social	5
G. Bexiga	1	Q. Resolução dos problemas	3
H. Intestino	1	R. Memória	4
<b>Mobilidade – Transferências</b>		<b>Total: 46 - Dependência modificada com assistência até 50% da tarefa</b>	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	2		
J. Sanita	2		
K. Banheira, Duche	2		



**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## Plano de Cuidados

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
12-10-19	Ventilação comprometida, relacionado com infeção respiratória, manifestado por dispneia, respiração superficial e cansaço fácil a pequenos esforços.	- Que pessoa apresente ventilação melhorada em três dias; - Auscultar tórax;	- Avaliar respiração; - Avaliar ventilação; - Auscultar tórax; - Executar técnicas de posicionamento - Posição de descanso e relaxamento; - Correção postural; - Assistir nas técnicas respiratórias - Reeducação abdominofragnmática posterior; - Reeducação da hemicúpula diafragnmática direita; - Reeducação da hemicúpula diafragnmática esquerda; - Reeducação costal inferior direita; - Reeducação costal inferior esquerda; - Assistir na cinestierapia respiratória - Abertura costal global; - Abertura costal seletiva à direita; - Abertura costal seletiva à esquerda; - Exercício de rotação da escapulo umeral; - Técnica de drenagem postural modificada [Posição lateral esquerdo, em semi Fowler]; - Técnica de percussão torácica; - Técnica de vibrocompressão torácica; - Gêti oxigenoterápica; - Incentivar uso de técnicas respiratórias; - Incentivar repouso; - Monitorizar frequência respiratória; - Monitorizar (Saturação de O2); - Promover a hidratação adequada.

**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Registos/avaliação
15-10-19: Pessoa apresenta : - Melhoria da sua situação clínica; - Melhoria dos valores de gasimetria arterial; - Diminuição do aporte de oxigénio de 10L/min por máscara de venturi (12-10-19), para 1L/min por óculos nasais (14-10-19); - SpO2: 92-95%; - FR: 20 ciclos por minutos; - Diminuição do cansaço; - Maior participação nos exercícios de cinestierapia respiratória e técnicas respiratórias.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/avaliação
12-10-19	Expetorar comprometido, relacionado com infeção respiratória manifestado por tosse ineficaz	- Que pessoa apresente expetorar melhorado em dois dias;	- Avaliar reflexo de tosse; - Executar cinesioterapia respiratória : - Abertura costal global; - Abertura costal seletiva à direita; - Abertura costal seletiva à esquerda; - Exercício de rotação da escápulo umeral; - Técnica de drenagem postural modificada [Posição lateral esquerdo, em semi fowler]; - Técnica de percussão torácica; - Técnica de vibrocompressão torácica; - Executar terapêutica inalatória através de inalador, [com recurso a câmara expansora]; - Executar técnica de posicionamento; - Vigiar expetoração; - Supervisionar ventilação; - Promover a hidratação adequada	15-10-19: Apresenta acessos de tosse eficaz, expulsando secreções mucopurulentas em quantidade moderada após realização de exercícios de cinesioterapia respiratória.

**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Registos/avaliação
12-10-19	Movimento articular diminuído, relacionado com idade e imobilidade no leito, manifestado por diminuição da força muscular ao nível dos membros inferiores	- Que pessoa apresente movimento melhorado nos próximos 5 dias;	- Avaliar força muscular; - Monitorizar força muscular [através de Escala Medical Research Council]; - Executar técnica de exercício muscular e articular: - Mobilizações ativas-assistidas; - Automobilizações; - Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos; - Supervisionar o movimento articular.	15-10-19: Durante o internamento foram realizados exercícios de mobilização articular e muscular no leito, de modo a que não surja diminuição da força muscular, que permita à pessoa, após o internamento, retomar as atividades que realizava previamente. Apresenta manutenção dos valores da Escala Medical Research Council.



ESTUDO DE CASO

Local de Estágio: Serviço de Medicina [REDACTED]

Discente: Vera Lúcia Tavares Santos

Docente orientador: Maria Fátima Marques

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]

Lisboa, novembro de 2019

