

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM AFASIA
APÓS AVC

Justine Morgado Salvador Cardoso

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por: Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, julho 2023

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM AFASIA
APÓS AVC**

Justine Morgado Salvador Cardoso

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por: Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, julho 2023

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho é fruto de meses de dedicação e resiliência, porém não somos nada sozinhos e tenho de reconhecer que não teria sido possível a sua concretização sem o apoio de algumas pessoas. É nos momentos mais desafiadores da nossa vida que descobrimos quem está ao nosso lado verdadeiramente.

Aos meus pais e irmão, que acreditam em mim incondicionalmente e que me apoiam em todas as decisões da minha vida deixando sempre nas minhas mãos o juízo final das minhas escolhas.

Ao meu companheiro de vida, o Rui, que esteve presente em cada etapa do meu percurso, dando-me os melhores conselhos para enfrentar as adversidades da vida e ajudando-me a tornar melhor pessoa, tanto a nível pessoal como profissional.

Aos meus amigos, pela compreensão nos momentos de ausência pois sabiam que estava concretizar um sonho a nível profissional.

E um agradecimento especial à professora Maria José Gomes que me orientou com sabedoria e disponibilidade. Obrigada pela sua compreensão, incentivo e sentido pedagógico que sempre demonstrou ao longo do meu percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AIT - Acidente Isquémico Transitório

ART - Aphasia Rapid Test

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CAS - Comunicação Alternativa e Suplementar

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EDIC - Exercício de Débito Inspiratório Controlado

EEER -Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

et al. - e outros

ELTGOL - Expiração Lenta Total com a Glote aberta em decúbito infra-lateral

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HTA - Hipertensão Arterial

LACI - Lacunar Anterior Circulation Infarct

MEM - Método de Entoação Melódica

n – Participantes

OE – Ordem dos Enfermeiros

PACI - Parcial Anterior Circulation Infarct

POCI - Posterior Circulation Infarct

QdV – Qualidade de Vida

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

TACI - Total Anterior Circulation Infarct

TOR - Terapia de Orientação para a Realidade

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocríticos

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

> – maior

< - menor

% - percentagem

ÍNDICE GERAL

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO	X
1. INTRODUÇÃO	11
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	16
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	18
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	23
5. CONCLUSÃO	41
PARTE II – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	44
1. INTRODUÇÃO	47
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	50
2.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	50
2.2. AFASIA	52
2.2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE AFASIA	54
2.2.2 ESCALA APHASIA RAPID TEST.....	56
2.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM AFASIA APÓS AVC.....	57
3. METODOLOGIA	63
3.1. TIPO DE ESTUDO	63
3.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA	63
3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS	63
3.4. VARIÁVEIS	64
3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA	65
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	66
4.1. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO/AMOSTRA	66
4.2. CARATERIZAÇÃO DA GRAVIDADE DA AFASIA ATRAVÉS DA ESCALA APHASIA RAPID TEST	68
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
6. PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	77
7. CONCLUSÕES E SUGESTÕES	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

ANEXOS	89
ANEXO I: OBJETIVOS DE ESTÁGIO - UCC CUIDAR MONDIM - ECCI DE MONDIM DE BASTO	90
ANEXO II: OBJETIVOS DE ESTÁGIO - UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIARIA (UHD)/ UNIDADE MÓVEL DE APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD)	96
ANEXO III: ESTUDO DE CASO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	102
ANEXO IV: PANFLETO “INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE - ESTRATÉGIAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA”	130
ANEXO V: PANFLETO “PREVENÇÃO DE QUEDAS”	133
ANEXO VI – ESCALA APHASIA RAPID TEST	136
ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS	138
ANEXO VIII – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA APHASIA RAPID TEST	152

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos tipos de Afasia.....	55
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização da População/Amostra segundo variáveis sociodemográficas e clínica.....	67
Tabela 2 - Caraterização da gravidade da afasia através da Escala Aphasia Rapid Test.....	70
Tabela 3 - Pontuação final na Escala Aphasia Rapid Test.....	71

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação, surge no âmbito da Unidade Curricular Opção 2 (opção de estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação com relatório) do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança.

O Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Reabilitação visa especificamente o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação nos diferentes contextos de cuidados, tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A Reabilitação é uma área dinâmica, contínua, progressiva, com vista a atingir a capacidade funcional do indivíduo, de forma a reintegrá-lo na sua família e na comunidade (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). É um processo que permite que a pessoa desenvolva as capacidades perdidas (Santos, 2017).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, adaptados de acordo com as necessidades reais e potenciais das pessoas.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O estágio tem como propósito adquirir conhecimento através da interação com os outros, possibilitando o desenvolvimento de competências de específicas de enfermagem de reabilitação, envolvendo a integração dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos e a sua aplicação na prática clínica de forma adequada e eficaz.

Durante os estágios, é importante refletir constantemente sobre o trabalho realizado e as competências adquiridas ao longo da formação clínica, com o objetivo final de desenvolver capacidades pessoais e profissionais na área da enfermagem de reabilitação.

Os campos de estágios, são realizados em diversas etapas de formação dos enfermeiros, em instituições de saúde ou na comunidade. Os estágios são preconizados para completarem a formação teórico-prática, levando a que o estudante seja treinado na medida das competências adquiridas, para ser preparado para o contexto profissional (Silva & Silva, 2016).

Neste sentido, o meu estágio em Enfermagem de Reabilitação foi dividido em 6 estágios com uma carga horário total de 630 horas, das quais 105 horas para cada campo de estágio, entre o período de 18 de abril de 2022 a 07 de abril de 2023.

Os estágios estipulados para a minha formação foram nos seguintes locais: serviço de Cinesioterapia Respiratória do Hospital de Braga, seguido do serviço de Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocríticos do Hospital de Braga, Equipa de Cuidados Continuados Integrados no Centro de Saúde de Mondim de Basto, sucedido Unidade de Cuidados Continuados de S. José de Medelo em Fafe, no serviço de Unidade de Hospitalização Domiciliária/Unidade Móvel de Apoio Domiciliário do Hospital da Senhora da Oliveira em Guimarães e por fim, no serviço de Ortopedia 1 do Hospital Padre Américo em Penafiel.

Através da elaboração deste relatório pretende-se uma exposição detalhada e análise das atividades desenvolvidas com o objetivo de adquirir e aprimorar as competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Este documento tem também como intuito servir-me como um guia teórico para a minha prática futura e partilhar com a comunidade de enfermagem e a outros grupos profissionais, o meu percurso académico que me permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER, que me capacitaram para a melhoria da qualidade de cuidados prestados como enfermeira.

Os referenciais teóricos desempenham um papel fundamental ao envolver a dimensão do pensamento, possibilitando a descrição das ações realizadas, a procura de significados e conexões, que permitam explicar o motivo por de trás dos resultados obtidos, possibilitando prever os eventos futuros. Neste contexto, o conhecimento presente em diversas teorias tem como objetivo fornecer suporte para a explicação e descrição dos acontecimentos que têm relevância nos cuidados de saúde, e também auxilia na previsão de como os mesmos cuidados irão ser observados em outras pessoas e contextos (José & Sousa, 2021).

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos diferentes contextos de cuidados, deve ser norteada pelos modelos teóricos de enfermagem. O modelo do autocuidado revela-se “*estruturante e de excelência para a otimização da qualidade do exercício profissional*” (OE, 2011), sendo um dos escolhidos para orientar a minha intervenção e desenvolver competências à luz da teoria dos sistemas de enfermagem e da promoção do autocuidado.

A Teoria de Enfermagem do Autocuidado, foi iniciada por Dorothea Orem em 1956, englobando três constructos teóricos interrelacionados: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado é entendida como “*a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar*” (Orem, 2001).

A Teoria do Déficit do Autocuidado tem como objetivo estabelecer os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários. A intervenção do EEER é crucial devido às limitações decorrentes do processo patológico, concentrando-se na redução das possíveis sequelas (Petronilho, 2012). Dorothea Orem identifica cinco métodos de assistência: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; oferecer apoio físico e psicológico; criar e manter um ambiente favorável ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem (2001), as intervenções de enfermagem são enquadradas em três sistemas: 1) Sistema Totalmente Compensatório, o EEER desempenha integralmente as atividades necessárias para suprir a carência das ações de autocuidado por parte da pessoa; 2) Sistema Parcialmente Compensatório, a pessoa é capaz de realizar algumas tarefas de autocuidado, mas devido às suas limitações, ainda requer a intervenção do EEER para complementar ou auxiliar nas atividades de

autocuidado; e 3) Sistema de Apoio-Educação, a pessoa possui aptidões para a executar as atividades de autocuidado, mas ainda necessita do EEER para ensino e orientação para aprimorar as suas capacidades.

Dorothea Orem enfatiza a importância de uma parceria entre o enfermeiro e o utente na identificação dos défices de autocuidado, a fim de promover e potenciar as capacidades na prática do autocuidado da pessoa. Reconhece que as necessidades das pessoas estão relacionadas à deficiência na capacidade de cuidar de si mesmas e que nem sempre conseguem gerir sozinhos essa condição. Neste sentido, o EEER desempenha um papel essencial na proteção, promoção e a reabilitação da saúde concentrando-se na conservação do autocuidado e na funcionalidade da pessoa, de forma a implementar e sistematizar o cuidado, estimulando o desenvolvimento do autocuidado, da funcionalidade e da capacidade social da pessoa (Kumakura et al., 2019).

Outro modelo teórico importante e que esteve sempre presente na minha prática clínica como enfermeira de reabilitação é a Teoria das Transições de Meleis. No domínio da enfermagem o conceito de transição é definido como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. A Teoria das Transições de Meleis diz-nos “*a transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável a partir de um processo que emerge a partir de uma mudança, por isso as transições tornam-se dinâmicas, mas também marcos de viragem, podendo ser caracterizadas a partir deste processo ou de resultados*” (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Esta teoria centraliza-se a sua abordagem no conceito de transições que as pessoas enfrentam face às ocorrências de vida. É uma estrutura teórica ampla composta por vários elementos: tipos e padrões de transição, características das experiências de transição, contextos da transição (facilitadores e inibidores), indicadores processuais, indicadores de resultados esperados, assistência de enfermagem. Abrange a experiência do doente numa única transição ou em várias transições ao longo da vida (Meleis et al., 2000).

Estes processos de transição tornam-se parte do domínio da enfermagem quando estão relacionados com a saúde ou doença, ou quando as respostas a essas transições se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde. Durante a transição de um estado para outro, seja no contexto do desenvolvimento individual ou familiar, o enfermeiro deve agrupar todos os esforços, com o objetivo de reestruturar e facilitar os momentos transicionais do utente e família, oferecendo suporte e orientação.

Neste sentido, e reportando-me às competências do EEER, a este compete a conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas de autocontrolo, maximizar a sua capacidade funcional e autocuidado e no processo de transição saúde-doença ou incapacidade.

Este relatório foi organizado respeitando as diretrizes da unidade curricular estipuladas pelo curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Assim sendo, após esta introdução, o relatório de estágio irá focar-se na análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências específicas adquiridas ao longo do percurso académico. Serão descritos os objetivos estabelecidos, as intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas e também são abordados os trabalhos executados no decorrer do estágio. Em seguida, será apresentada a conclusão do relatório com a aquisição de competências de enfermagem de reabilitação. Será feita referência à bibliografia consultada e informações adicionais serão apresentadas em anexo para consulta.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Em todos estágios integrados no cronograma do curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação foi comum um período inicial de adaptação ao contexto de estágio, possibilitando a integração na equipa multidisciplinar enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

Inicialmente, considerei importante conhecer as características e dinâmica de cada serviço, bem como familiarizar-me com os recursos materiais disponíveis, especificamente na área da reabilitação. Esta forma de abordagem, permitiu-me integrar-me com todos os profissionais de saúde com o objetivo de colaborar com a equipa para melhorar a qualidade dos cuidados de reabilitação prestados.

A fim de intervir de forma eficaz como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), foi imprescindível identificar a tipologia de utentes presentes nos diferentes serviços, as suas características e patologias associadas, de forma a poder delinear os objetivos de estágio e planos de enfermagem de reabilitação.

Como referido anteriormente, os modelos teóricos de enfermagem, Teoria do Autocuidado de Orem e Teoria das Transições de Enfermagem de Meleis, foram referenciais fundamentais para a orientação da minha prática clínica. Estas teorias forneceram-me uma base sólida para a compreensão, aquisição e aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Através da Teoria do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, fica evidente que a enfermagem desempenha um papel essencial na assistência aos indivíduos que enfrentam limitações na realização do seu autocuidado de forma autónoma. Como enfermeiros, detemos de conhecimento necessário para auxiliar os utentes a atingirem um nível máximo de independência no autocuidado e qualidade de vida. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visa capacitar a pessoa, desenvolvendo habilidades e estratégias de autocuidado que lhes permitam alcançar a sua autonomia.

Conforme a Teoria das Transições de Enfermagem de Afaf Meleis, destaca-se a importância das mudanças e transições que ocorrem ao longo da vida de cada indivíduo, as quais têm impacto significativo na sua saúde e bem-estar. Neste sentido, o papel do

enfermeiro é atuar como facilitador durante as transições, oferecendo suporte emocional, educacional e estratégias adaptativas com o objetivo de auxiliar a pessoa a adaptar-se às mudanças de saúde-doença e melhorar a sua qualidade de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação incorpora na sua prática clínica as competências específicas inerentes à área de reabilitação e também um conjunto de competências comuns dos enfermeiros especialistas. Neste sentido, foi importante ter como guia orientador o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ambos publicados em Diário da República.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019), publicado em Diário da República, II série – nº26, de 6 de fevereiro de 2019, o “(...) *enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.*”

O mesmo Regulamento, define as competências comuns como, “(...) *as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;*”.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas são constituídas por quatro domínios:

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

“O enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.”

Durante o período de estágio, orientei a minha prática de cuidados com uma conduta ética e segura, adotando uma postura crítica e reflexiva ao enfrentar diversas situações. Consegui demonstrar uma tomada de decisão responsável fundamentada no conhecimento e nas evidências científicas, evoluindo para uma maior autonomia neste processo. Foi evidente a consideração constante pelos princípios éticos e deontológicos intrínsecos à Enfermagem garantindo uma prática profissional, segura e ética.

Na prestação de cuidados ao utente juntamente com a sua família e cuidador, foi crucial o envolvimento de todos no processo de reabilitação tendo sido respeitados os direitos humanos, as suas preferências, a sua dignidade e privacidade e o seu consentimento livre e informado para todos os procedimentos.

Reconheci a importância da enfermagem de reabilitação ao auxiliar e capacitar os utentes que enfrentam processos de transição, os quais resultam em momentos de maior vulnerabilidade. É essencial estabelecer com o utente e família uma relação fundamentada no respeito à sua singularidade e complexidade.

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade:

“O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade. Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua. A gestão do ambiente centrado na pessoa é uma condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.”

A pesquisa de conhecimento científico e da evidência atualizada foi fundamental para enriquecer e consolidar conhecimentos em diferentes áreas, tais como, avaliação neurológica, utilização de escalas/ instrumentos de avaliação existentes, exercícios de fortalecimento muscular, treinos de marcha, treinos de equilíbrio e estimulação cognitiva, entre outros. Além disso, com a orientação do enfermeiro orientador e sempre que possível e relevante promovemos a partilha de conhecimentos com as equipas multidisciplinares com vista melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Com o intuito de entender a dinâmica dos contextos de estágio, foi importante consultar a documentação presente nos serviços, nomeadamente, protocolos, projetos, manuais/normas e metodologia de registos de enfermagem relacionados com a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Com o decorrer do estágio, compreendi que a procura constante pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados requer uma avaliação contínua das práticas clínicas, a revisão das abordagens utilizadas e a implementação de programas com necessidade de melhoria contínua com o objetivo de alcançar padrões de excelência nos cuidados de reabilitação centrados no utente.

O respeito pelos princípios da ergonomia é essencial para garantir a segurança pessoal e profissional, evitando danos decorrentes de práticas inadequadas. A promoção de

ambientes seguros e capacitadores para a pessoa durante o seu processo de reabilitação é essencial na garantia da eficácia e o sucesso dos cuidados prestados.

A colaboração e observação das intervenções de enfermagem de reabilitação demonstraram grande importância para adquirir conhecimento sobre os recursos humanos, materiais e físicos utilizados para proporcionar um ambiente seguro no processo de reabilitação.

c) Domínio da gestão dos cuidados:

“O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.”

A organização dos cuidados é essencial para garantir a assistência contínua, coordenada e integrada. Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente, médicos, fisioterapeutas, terapia ocupacional, terapia da fala, psicóloga, assistente social e outros profissionais de saúde. A participação em reuniões multidisciplinares também foi uma oportunidade de aprendizagem, onde se discutiam os casos individualmente, com foco na análise das necessidades presentes ou futuras do utente. Cada elemento da equipa multidisciplinar contribuía com o seu conhecimento e intervenção para melhorar os cuidados prestados. Esta colaboração e uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar foi essencial para garantir que todas as necessidades dos utentes fossem devidamente atendidas.

Durante os estágios realizados, desenvolvi a capacidade de gerir os cuidados prestados, coordenando os cuidados de enfermagem de reabilitação com os cuidados gerais prestados pelos enfermeiros e assistentes operacionais, tendo em consideração a individualidade e especificidade de cada utente.

Aquando dos cuidados de reabilitação, tive a oportunidade de utilizar os recursos materiais de forma eficiente. Em contexto hospitalar, existe uma maior disponibilidade e diversidade de recursos materiais, desde pesos, halteres, andarilhos e canadianas. No entanto, na comunidade, onde os recursos são limitados, a criatividade tornou-se essencial, utilizando por exemplo um pacote de arroz como um peso.

Reconheci a importância dos registos de enfermagem na eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde. Durante o estágio, pude aprimorar este domínio, tornando os registos rigorosos e completos, utilizando uma linguagem precisa e descrição das necessidades individuais do utente, garantindo que as informações fossem comunicadas de forma clara e precisa, facilitando a compreensão e continuidade dos cuidados.

O período da passagem de turno foi importante para aquisição de aprendizagens, conhecimentos e de partilha com a restante equipa, permitindo que se reconhecesse os progressos do doente e muitas vezes solicitando a colaboração dos colegas na continuidade do plano de cuidados.

Desta forma, esta competência permite ao EEER desempenhar um papel crucial na prestação de cuidados com uma visão holística e multidisciplinar, garantindo uma abordagem centrada no utente e promovendo uma melhoria significativa nos resultados do processo de reabilitação.

d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional. Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo- -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.”

Para garantir a prestação de cuidados de qualidade, é fundamental que o EEER demonstre autonomia no seu exercício profissional, no entanto é necessária uma atualização contínua dos conhecimentos e aprimoramento das suas capacidades, assegurando que os cuidados oferecidos estejam alinhados com os padrões de qualidade.

O EEER como membro da equipa multidisciplinar, deve estabelecer uma ligação eficaz da teoria com a prática, adaptando os cuidados prestados. Cada individuo é singular, com características e necessidades distintas, tornando fundamental que as intervenções sejam adequadas e personalizadas para cada utente.

A realização das avaliações intermédias e finais com o enfermeiro e professor orientador, foi extremamente benéfico para a discussão e reflexão em conjunto, relativamente a

pontos fortes, momentos menos positivos e áreas a melhorar no que diz respeito à prestação cuidados. Esta abordagem reflexiva permitiu a partilha de experiências e aquisição de conhecimentos contribuindo para a identificação de intervenções mais eficazes, adaptação contínua dos cuidados e uma promoção de cuidados de excelência.

Através da reflexão periódica sobre as experiências vivenciadas, consegui reconhecer as minhas principais dificuldades e desenvolver estratégias para as superar, permitindo integrar o saber teórico à minha experiência clínica na reabilitação e desta forma atingir maior confiança e autonomia nos cuidados prestados como enfermeira de reabilitação.

É importante reconhecer a importância de adquirir novos conhecimentos, mantendo-me atualizada e apta a lidar com os desafios em constante mudança na área da enfermagem de reabilitação. A procura constante por novos conhecimentos contribui para a maior qualidade dos cuidados ao utente, incorporando as melhores práticas e mais recentes descobertas na área.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

As competências específicas do EEER estão reguladas em documento próprio, o Regulamento das Competências Específicas do EEER. Neste contexto, para atingir este nível de competências específicas, a maioria das atividades realizadas durante o estágio raramente se limitam a uma única competência. Portanto, as intervenções de enfermagem de reabilitação que desenvolvi durante o estágio abrangem o cuidar, o capacitar e o promover a participação da pessoa.

A análise das competências específicas de enfermagem de reabilitação será realizada com base nas unidades de competência que serão abordadas e concretizadas por atividades desenvolvidas durante os vários campos de estágio. A elaboração por escrito ou discutido com o enfermeiro orientador dos objetivos de estágio (ANEXO I e II) no início de cada estágio constitui um guia orientador para conduzir a minha intervenção e reflexão ao longo do mesmo.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, as competências específicas de EEER são as seguintes:

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

1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações de atividade e incapacidade;

1.2. Concebe e organiza planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade;

1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;

Durante os estágios, tive diversas oportunidades de aprendizagem nas quais pude realizar avaliações detalhadas da funcionalidade da pessoa. Identifiquei alterações e limitações, com o objetivo de desenvolver planos de intervenção individualizados a cada utente,

visando a maximização das suas capacidades e promovendo o autocuidado ao implementar intervenções para reeducar funções e por fim, avaliando os resultados obtidos.

A avaliação inicial representa a primeira fase do processo de enfermagem, podendo ser considerada como o alicerce sobre o qual será construído o programa de reabilitação. Esta etapa foi conduzida de forma abrangente, fazendo uso de vários recursos, incluindo a colheita de informação dos processos clínicos, entrevista com o utente/cuidador, bem como a utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar a função cardíaca, respiratória, motora, sensorial e cognitiva, alimentação, eliminação vesical e intestinal e sexualidade.

No campo de estágio realizado no serviço de Unidade de Cuidados Intermédios de Neurocríticos (UCIN) no Hospital de Braga tive a oportunidade de utilizar várias escalas, tais como, escala de avaliação do estado de consciência - Escala de Coma de Glasgow, escala de avaliação da força muscular – Medical Research Council, escala de avaliação do tónus muscular – Escala de Ashworth, entre outras. Consegui executar um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado e de seguida tive a oportunidade de efetuar corretamente as técnicas específicas de enfermagem no âmbito da reabilitação em função de cada situação clínica, de forma segura e com rigor técnico e científico, sempre com a orientação da enfermeira orientadora.

Em vários campos de estágio, utilizei o Teste de Gugging Swallowing Screen (GUSS) para uma avaliação criteriosa da deglutição, com o propósito de compreender a presença ou não de alterações da deglutição. Após a avaliação com o recurso a escala e com o apoio dos enfermeiros orientadores ajustávamos a dieta às suas necessidades e implementávamos um plano de enfermagem de reabilitação, com intervenções específicas, tais como, o posicionamento correto com a inclinação da cabeça para facilitar a passagem do alimento, treinos de deglutição com várias consistências dos alimentos ou exercícios dos músculos faciais, com o objetivo de promover uma melhoria considerável da deglutição. O momento da refeição é importante para observar a deglutição do utente, identificar possíveis alterações e sinais de aspiração. Aquando da refeição, estimulávamos o doente na sua autonomia no autocuidado – alimentação, estando muitas vezes atenta a défices que pudessem estar associados, como, a hemianópsia ou a negligência espacial. Na presença da família, aproveitávamos para os integrar na

recuperação do utente e para fornecer orientações de uma alimentação segura com técnicas de deglutição adequadas, posicionamento com a cabeceira a 90°, consistências dos alimentos e líquidos e sinais de alerta.

No doente com patologia neurológica realizei uma avaliação neurológica com o propósito de identificar quaisquer défices neurológicos que ele pudesse apresentar e identificar os fatores que podiam facilitar ou dificultar a sua recuperação. Inicialmente, avaliei o estado de consciência do utente segundo a Escala de Coma de Glasgow, uma vez que percebia se o utente demonstrava condições ou colaboração para o restante exame neurológico. Seguidamente, procedi a avaliação das pupilas, para verificar tamanho, simetrias, forma e reação à luz. Quando existe uma diferença importante das pupilas é denominado de anisocoria, podendo indicar um aumento da pressão intracraniana e compressão do nervo oculomotor. Posteriormente avaliei os pares craneanos que são descritos como: I – Olfativo, II – Ótico, III – Oculomotor, IV – Patético/Troclear, V – Trigêmeo, VI – Motor ocular externo/abducente, VII – Facial, VIII – Auditivo/vestibulococlear/estato-acústico, IX - Glossofaríngeo, X – Vago, XI – Espinhal, XII – Grande hipoglosso (Menoita et al., 2012). A avaliação da força muscular, tónus muscular, coordenação motora, função cognitiva e sensibilidade são também aspetos essenciais na avaliação do doente neurológico.

Consequentemente, apercebi-me que a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação num contexto tão diversificado, requer do enfermeiro um conhecimento altamente atualizado, diferenciado e muito sólido sobre os cuidados a prestar. Com o decorrer do estágio fui adquirindo conhecimentos e a capacidade de adaptação, demonstrando autonomia para a prestação de cuidados especializados.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação devem ser personalizados de acordo com a situação clínica do utente em fase aguda, sendo indispensável a singularidade dos mesmos, atendendo à gravidade e à necessidade de uma avaliação permanente.

Quando o utente se apresenta em situação crítica, a imobilidade é um requisito a ser respeitado, uma vez que o utente na fase aguda apresenta um grau de dependência mais elevado. Neste sentido, a imobilização resulta de na diminuição da função muscular e da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético.

Segundo a North American Nursing Association (2018) o termo imobilidade define-se “*ao estado no qual a pessoa experiência uma limita o da capacidade de movimento*”. Na presença de um repouso absoluto no leito, um músculo pode perder 10% a 15% da força muscular numa semana ou cerca 1% a 3% por dia. Uma pessoa que esteja em repouso absoluto no leito durante 3 a 5 semanas pode perder metade da força muscular (Parada & Pereira, 2003).

Ao longo do meu percurso, a realiza o de programas de reeduca o funcional motora adaptados individualmente a cada utente e implementados o mais cedo possível,   essencial avaliar o estado da fun o motora, principalmente a fun o e o t nus muscular, o movimento das articula es, com o objetivo principal de prevenir das altera es neuromusculares e osteoarticulares, além de reduzir a dor articular associada a imobilidade.

Durante os posicionamentos e as transferências dos utentes, considerei a distribui o uniforme da massa corporal, o alinhamento adequado dos segmentos corporais, o respeito pela posi o funcional e da amplitude normal da articula o e preven o úlceras de pressão (Menoita, 2012).

No âmbito comunitário, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), quando   admitido um utente,   efetuada uma visita domiciliária nas primeiras 24-48 horas em que   realizada a avalia o inicial e reconhecimento das necessidades do utente. Posteriormente elaborado e assinado um plano individual de interven o de enfermagem de reabilita o juntamente com o utente e o cuidador com os objetivos, as estratégias e as interven es.   entregue um guia de acolhimento e um panfleto com a carta de direitos e deveres do utente.

Em rela o ao serviço Unidade de Hospitaliza o Domiciliária/ Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UHD/UMAD), a visita domiciliária   com tempo limitado para cada utente e   composta por enfermeiro de reabilita o e médico no caso da UHD.   muito difícil perceber qual o nosso momento de atua o e de que forma podemos abordar o utente. Mesmo antes da saída do serviço para as visitas domiciliárias, realizava uma pesquisa acerca da informa o clínica do utente.   chegada ao domicílio,   importante demonstrar empatia com o utente para que desta forma consigamos a sua motiva o para a nossa interven o de enfermagem de reabilita o. Seguidamente,   feita a avalia o do utente e   importante ter a capacidade de executar e implementar um plano de reabilita o no

momento, respeitando as necessidades do utente. É imprescindível garantir que a execução do plano de reabilitação pelo utente é feita de forma segura na ausência do enfermeiro de reabilitação. Nesse momento, são fornecidas orientações ao utente sobre o reconhecimento de sinais e sintomas de alarme que devem ser reconhecidos imediatamente, levando à regressão ou interrupção do plano até à próxima visita domiciliária.

Este serviço trouxe-me utentes com várias patologias e tive a possibilidade de desenvolver um estudo de caso sobre a Insuficiência Cardíaca (ANEXO III). É amplamente reconhecido que a reabilitação cardíaca envolve um conjunto de estratégias com vista a auxiliar o utente na recuperação de um estilo de vida saudável, e consequentemente a prevenção de futuros eventos cardiovasculares (Austin, Williams, Ross, Moseley, & Hutchison, 2005).

Para a concretização deste estudo de caso foi necessário avaliar a capacidade funcional da pessoa para a execução das atividades de vida diária (AVD), utilizando escalas e instrumentos de medida, tais como, Índice de Barthel, Escala de Percepção de Esforço de Borg, Escala de Berg, Escala Medical Research Council, Short Physical Performance Battery, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, entre outras. Após a avaliação segundo as escalas, foram identificadas as necessidades do utente, implementado um plano de enfermagem de reabilitação, o qual iria sendo modificado consoante a tolerância do utente. Neste sentido, elaborei um panfleto sobre a Intolerância à Atividade – estratégias de conservação de energia (ANEXO IV), o qual foi aprovado pela equipa de enfermagem e enfermeiro gestor.

Durante os estágios, a inclusão dos familiares teve um papel fundamental na recuperação do utente. Conseguimos reconhecer a motivação da família, as suas preocupações, medos e outros componentes que poderiam influenciar o plano individualizado de enfermagem de reabilitação, uma vez que a família é também uma área de atenção de enfermagem de reabilitação.

Quando um utente transita do estado de saúde para o estado de doença, atravessa um momento de aceitação e de persistente mudança, muitas vezes resultando em inaptidões e dependências, especialmente em relação ao autocuidado. O papel do enfermeiro visa treinar e capacitar o utente para atingir a maior independência possível no autocuidado, alcançando uma transição de saúde-doença benéfica, com o objetivo de auxiliar e orientar

o utente a superar com sucesso a nova situação. Este pensamento é apoiado pela Teoria das Transições de Enfermagem de Meleis e pela Teoria do Autocuidado de Orem.

Adicionalmente, tive a oportunidade de desenvolver aptidões na interpretação de exames complementares de diagnóstico, ao nível respiratório (imagiologia e auscultação pulmonar), ao nível ortopédico (Raio-X) e ao nível neurológico (imagiologia crâneo-encefálica). Estes exames forneceram contribuições significativas para a deteção de alterações implícitas aos sinais/sintomas observados na avaliação de enfermagem, permitindo-me estabelecer prioridades de intervenção de forma mais precisa. No caso do doente ortopédico, a realização de exames complementares pré e pós cirúrgico desempenha um papel importante no auxílio da tomada de decisões relacionadas com o plano de reabilitação, como por exemplo, o início do levantar para cadeirão, o treino de marcha com ou sem carga do membro afetado. Estes exames fornecem informações sobre a condição clínica do utente, as alterações anatómicas, lesões ou patologias existentes.

Outro domínio que procurei incluir nas atividades desenvolvidas foi ao nível da estimulação cognitiva. Segundo Vance & Wright (2009), experiências novas, com ambientes ricos em estímulos mentais, jogos, interação social e exercício físico, aumentam as sinapses e melhoram a reserva cognitiva, traduzindo-se numa neuroplasticidade positiva. Por outro lado, um ambiente pobre em atividades estimulantes, o isolamento social e o sedentarismo, inibem as sinapses, reduzem as reservas cognitivas traduzindo-se numa neuroplasticidade negativa.

Durante a minha prática, desenvolvi atividades que promoveram a neuroplasticidade e a estimulação cognitiva do utente. Por exemplo, comecei cada sessão com exercícios de orientação espacial e temporal, como forma de melhorar a concentração e a assimilação do treino seguinte. Adotei uma abordagem que envolvia a combinação entre os estímulos visuais e auditivos na execução dos exercícios planeados, ao mesmo tempo que vão sendo concretizados pelo utente, por exemplo, ser a pessoa a contar as repetições ou dar como meta atingir a altura da nossa mão. Também incluí sessões de estimulação cognitiva de forma isolada para os quais se desenvolveram exercícios de treino da atenção, treino de lógica e treino da memória. Neste último, consistia em que o utente memorizasse três palavras e, após um intervalo de tempo, pedir que as repetisse.

No final de cada turno, tive a oportunidade de realizar os registos de enfermagem nas várias plataformas utilizadas nos serviços. É amplamente reconhecido que os registos fornecem evidência da necessidade do enfermeiro de reabilitação. É importante usar linguagem clara na descrição da evolução do utente em termos de reabilitação.

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

2.1. Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social;

Para atingir esta competência específica, executei ensinamentos direcionados à pessoa e /ou cuidador sobre técnicas específicas de autocuidado, realizei treinos de AVD utilizando produtos de apoio apropriados. Priorizei a promoção de ambientes seguros, identificando e otimizando barreiras arquitetónicas. Uma parte essencial desta competência é capacitar a pessoa, fornecendo informações e orientações adequadas para promover a sua independência e autonomia. Também desempenhei um papel educativo na pessoa e/ou cuidador, promovendo a inclusão e reinserção social.

No estágio em contexto comunitário, observei que muitos dos pacientes foram encaminhados devido a um agravamento da dependência após uma longa permanência hospitalar e apresentavam um grau de dependência superior ao prévio. No entanto, devido a várias complicações durante o internamento, adquiriram sequelas importantes com a diminuição das suas capacidades quando regressaram ao domicílio. A verdade é que muitas destas limitações são obtidas pela degradação do próprio processo patológico e na grande maioria dos casos, pode ser agravado pelo desuso, falta de estímulo ou pela constante substituição nas atividades, traduzindo na perda de capacidades prévias.

No âmbito do processo de reabilitação, a capacidade para andar é fundamental, representando para a pessoa, a esperança de não ficar dependente de outro. Neste sentido, o investimento do EEER centra-se na capacitação da pessoa para usar técnicas de adaptação de forma a andar com o máximo de segurança possível e com o menor gasto de energia.

Realizei treinos de marcha de forma assistida pelo lado afetado em doentes com patologia neurológica, durante curtos períodos e diversas vezes ao dia. Aquando do treino de

marcha, pode observar o comportamento dos membros inferiores, a postura e como ocorre o balanço dos membros superiores, despistando simultaneamente alterações como o alargamento da base de apoio, a irregularidade dos passos e os desvios, no sentido de assegurar uma maior eficácia e segurança.

O enfermeiro de reabilitação para além da reabilitação do utente desempenha uma função significativa no que respeita aos ensinamentos e à capacitação do utente e cuidador. Nesse sentido, procurei sempre intervir na educação dos utentes, no sentido de proporcionar informação, conhecimento, promover a autonomia, reduzir a ansiedade, incentivar e estimular o utente a participar no processo de reabilitação de modo a minimizar o aparecimento de possíveis complicações.

O envolvimento da família no processo de reabilitação é um aspeto importante. No meu percurso, tive a oportunidade de estar com os cuidadores e/ou família dos utentes, realizando ensinamentos e esclarecendo as suas dúvidas, demonstrando a importância da presença da família e o seu contributo para o sucesso da recuperação do utente. No serviço UCIN, foi pedido à família os objetos pessoais do utente (pijamas, perfume, música) para que fosse possível a estimulação cognitiva.

Em ambiente hospitalar, a preparação para a alta e a presença da família, teve como objetivo a participação ativa do utente e da família nos autocuidados, tais como, nos cuidados de higiene e vestuário, na alimentação, nos posicionamentos e transferências.

No serviço de Ortopedia a família desempenha um papel importante na recuperação do utente. O prestador de cuidados é integrado na equipa de reabilitação desde o momento da admissão, acompanhando o utente no cumprimento de exercícios de reabilitação, no treino de AVD e no planeamento e preparação para a alta. É realizada uma reunião informal com o utente e a família e/ou cuidador com o objetivo de esclarecer e fornecer orientações para o domicílio. É entregue um panfleto com orientações para o domicílio segundo a patologia associada, por exemplo, os cuidados a ter numa prótese total da anca no momento do posicionamento no leito, transferência entre a cama e cadeirão, colocação de alçador de sanita e crioterapia. Também incidi sobre os ensinamentos ao cuidador sobre: os autocuidados, treinos de marcha e adaptação/gestão do ambiente físico.

O espaço físico onde realizamos as nossas atividades de vida diária, de lazer ou exercício físico pode ter um impacto positivo ou negativo no desempenho de atividades. De acordo

com Clarke e Nieuwenhuijsen (2009), ter um ambiente que seja acessível e sem obstáculos é essencial, especialmente na pessoa idosa que pode estar mais vulnerável a problemas de saúde e dificuldades que podem comprometer a sua funcionalidade.

O enfermeiro diferencia-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar o próximo, para que os seus cuidados transmitam confiança, disponibilidade e qualidade. O ambiente familiar, por si só, pode ser um fator dificultador para estabelecer uma relação empática com o utente, uma vez que é um ambiente intimista e limitado. É essencial que nos integremos gradualmente no espaço do utente, estabelecendo uma relação empática com o intuito de cuidar, respeitar, preservar e reabilitar. Só desta forma o utente e o seu cuidador/família, sentem segurança para expressar as suas dificuldades, inseguranças e medos, permitindo-nos um melhor conhecimento da situação e desta forma melhorar os cuidados prestados. Esta abordagem foi sempre a minha postura e considero que atingi este objetivo com facilidade.

Durante o estágio na ECCI – Mondim de Basto e na UHD/UMAD, no momento da visita domiciliária, efetuei uma avaliação do contexto domiciliário de forma a minimizar as barreiras arquitetónicas. Assim, durante a nossa prestação de cuidados identifiquei e minimizei barreiras arquitetónicas junto com a equipa, como por exemplo, com remoção de tapetes, instalação de barras de apoio na WC, disposição dos móveis de forma que não impeçam uma deambulação segura com ou sem auxiliar de marcha, aconselhar a colocação de rampa ou corrimão nas escadas de acesso a casa. Daqui surgiu a necessidade de formular um panfleto de Prevenção de Quedas (ANEXO V) com ensinamentos ao utente/cuidador e com formas de otimizar as barreiras arquitetónicas, que foi uma mais-valia para a ECCI que passou a ser um documento entregue na primeira visita domiciliária.

O treino de atividades de vida diária é essencial para melhorar a funcionalidade e a independência dos utentes, bem como a sua qualidade de vida. Orem (2001), apresentou-nos cinco métodos de assistência com base na razão pelas quais as pessoas precisam de ajuda, sendo eles: realizar a tarefa pela pessoa; orientar; oferecer apoio psicológico e físico; criar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e instruir. Assim, desenvolvi a capacidade de maximizar a funcionalidade do utente dando-lhe estratégias no autocuidado de higiene pessoal, autocuidado vestir e autocuidado alimentar, para que consigam alcançar os seus objetivos do dia a dia e o máximo de autonomia. Neste sentido,

procurei nortear a minha ação de acordo com os hábitos pessoais do utente incluindo estratégias facilitadoras e estimular a sua participação com o objetivo de retornar o mais possível ao seu estado habitual, tendo em consideração o seu potencial e capacidades.

Em relação ao Autocuidado Alimentação, tive oportunidade de realizar a avaliação da deglutição recorrendo à utilização do Teste de GUSS e de seguida implementar medidas no treino da deglutição, com manobras acessórias e posicionamentos da cabeça e pescoço. No doente neurológico com presença de parésia facial central, realizei exercícios músculo-faciais. A colaboração com a dietista foi também uma estratégia fundamental, a sua intervenção na dieta, nas consistências dos alimentos e nas preferências da própria pessoa por determinados sabores. É importante que o utente esteja corretamente posicionado, sentado de acordo com o alinhamento corporal e respeitando os princípios de uma postura correta (Vigia et al., 2017). Além disso, é importante ensinar e estimular o utente a alimentar-se de forma mais independente possível.

É importante iniciar o treino do Autocuidado Higiene e Vestir o mais precocemente possível. A pessoa deve ser incentivada a utilizar a casa-de-banho para efetuar os seus cuidados de higiene, dando orientações sobre segurança, estratégias de disposição da roupa e sugestões de materiais adaptativos, como velcro ou elásticos, para facilitar o processo de vestir ou despir. Também promovi a independência do utente ao fornecer um espelho para pentear, fazer a barba e escovar os dentes, levando em consideração as suas capacidades funcionais. Neste tipo de treino, utilizamos produtos de apoio como barras de apoio no chuveiro, lavatório ou sanita; cadeiras de banho ou sanitárias e material antiderrapante. (Menoita et al., 2012).

Em relação ao Autocuidado Ir ao Sanitário, foi instruída a pessoa a realizá-lo sempre que possível na casa-de-banho, de forma a ter um treino de eliminação vesical e intestinal com um padrão regular. Foi importante referir a importância das barras de apoio junto da sanita.

As limitações temporárias e/ou permanentes (motoras, sensoriais e cognitivas) que a pessoa enfrenta, que muitas vezes têm como pensamento “não vou sair do quarto porque tenho uma limitação”, podem levar a uma redução das interações sociais, podendo conduzir com frequência ao isolamento social. É necessário que o enfermeiro de

reabilitação desmistifique esta ideia e dê aos utentes estratégias e autoconfiança para que consiga manter a sua vida social.

Assim, procurei sempre intervir na educação dos utentes e dos seus cuidadores, no sentido de proporcionar informação, conhecimento, promover a autonomia, reduzir a ansiedade, incentivar e estimular o utente a participar no processo de reabilitação de modo a minimizar o aparecimento de possíveis complicações. Tive a oportunidade de ensinar, instruir e treinar os utentes/cuidadores com estratégias facilitadoras para a continuidade de cuidados no processo de reabilitação.

3. *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:*

3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados obtidos.

Na comunidade, no serviço UHD/UMAD e ECCI, apercebi-me que a atuação como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação envolvia o ensinar/instruir e corrigir técnicas, como por exemplo, a terapêutica inalatória, utilização do inspirómetro de incentivo, técnicas de conservação de energia para o dia a dia ou planos de reabilitação consoante as necessidades do utente e muitas vezes, apenas conseguia ver uma repetição de cada exercício, não conseguindo cumprir todo o plano de reabilitação estipulado para o utente. Neste sentido, é fundamental que o utente e família/cuidador estejam motivados de forma a dar continuidade ao plano de reabilitação instituído na ausência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

É de extrema importância a criatividade do enfermeiro de reabilitação na sua prática diária e a necessidade constante de adaptação do plano de reabilitação. Com a ajuda dos enfermeiros orientadores desenvolvi esta capacidade, como por exemplo, utilizamos a bengala para substituir o bastão na mobilização da articulação do ombro (extensão, flexão, abdução e adução), foi também utilizado um pano da cozinha pousado na mesa para execução dos mesmos movimentos; uma garrafa foi usada como um peso para adicionar resistência aos movimentos; em conjunto com uma palhinha funcionava como espirómetro de incentivo e um móvel de sala ou cadeira foram utilizados como barra de apoio nos exercícios de treino de equilíbrio.

No decorrer dos estágios procurei sempre planejar as atividades a desenvolver, segundo o processo de enfermagem, agindo com uma visão holística, e estabelecendo prioridades, de modo que fosse proporcionada ao utente e respetiva família/cuidador a melhor abordagem possível.

Os utentes com patologia ortopédica no serviço de Ortopedia 1 do Hospital Padre Américo, tem um acompanhamento pela equipa de enfermagem de reabilitação no pré-operatório com uma consulta pré-operatória onde é explicado ao utente os cuidados necessários e todo o processo cirúrgico (dia, local, tempo de internamento, jejum), os sinais de alarme e os exercícios de reabilitação. Nesta consulta, é feito o download da aplicação do Projeto +PERTO, onde tem toda a informação do processo cirúrgico com o objetivo da pessoa se preparar com antecedência e recuperar da sua cirurgia, estando sempre ligado à equipa de enfermagem de reabilitação no conforto do seu lar. É neste momento que são esclarecidas as dúvidas dos utentes, são sensibilizados para a importância da reabilitação e é também desmistificado o medo da cirurgia contribuindo para a diminuição da ansiedade. Aquando do internamento e no momento pós cirúrgico, o utente e cuidador já estão integrados nos cuidados de enfermagem e no seu processo de recuperação facilitando a intervenção de enfermagem de reabilitação.

No contexto da reabilitação funcional motora tive a oportunidade de realizar diversos tipos de mobilizações, incluindo, mobilizações ativas, ativas-resistidas, ativas-assistidas e passivas, abrangendo todos os segmentos corporais e articulações, começando de proximal para distal. Para Kisner & Colby (2007) as mobilizações são exercícios projetados para melhorar e recuperar a funcionalidade, enquanto se previne disfuncionalidades.

A mobilização passiva é recomendada quando o utente não consegue mover um ou vários segmentos corporais de forma ativa, muitas vezes devido a situações de repouso absoluto no leito. Nestas situações, é o enfermeiro que realiza todo o movimento como mencionado por Menoita (2012).

A mobilização ativa-assistida encontra-se indicada em situações quando o utente requer assistência para executar totalmente o movimento, ou seja, o utente inicia o movimento, mas precisa de auxílio para atingir a amplitude máximo. Este tipo de mobilização é recomendado em situações de fraqueza muscular (Menoita, 2012).

Segundo Menoita, em 2012, a mobilização ativa envolve o movimento realizado pelo utente sem restrições da amplitude, e com a ativação dos músculos no segmento que está envolvido.

Por fim, a mobilização ativa-resistida implica a aplicação de uma resistência externa ao movimento ativo do utente, com o objetivo de preservar a integridade das articulações, manter a amplitude dos movimentos, preservar a flexibilidade e prevenir a formação de aderências e contraturas (Menoita, 2012).

A Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de São José de Medelo apresentou-me um leque de utentes e patologias associadas, com problemas e/ou deficiência de causa ortopédica e/ou traumatológica, com problemas e/ou deficiências respiratórias, cardíacas e cardiorrespiratórias, com problemas e/ou deficiências de causa neurológica, todos eles com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Esta UCC possui um ginásio com a presença diária dos fisioterapeutas, onde o utente tem a possibilidade de realizar treinos de marcha com auxiliar de marcha adequado, treino aeróbio com cicloergómetro e passadeira, treino de equilíbrio com percurso com barras laterais e com possibilidade de colocar obstáculos ou escadas e verticalização em plano inclinado, treino de força muscular com auxílio de halteres/pesos e aplicação de frio/quente bem como massagem de relaxamento corporal. Este espaço pode ser também utilizado pela equipa de enfermagem de reabilitação, onde consegui estar com utentes e realizar todos os tipos de treino acima mencionados.

A avaliação da amplitude de movimento articular, avaliada com recurso ao goniómetro, é uma constituinte importante na avaliação física, uma vez que ajuda a identificar as limitações articulares e permite ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação quantificar a eficácia das intervenções durante o plano de reabilitação. Neste sentido, consegui avaliar as amplitudes articulares dos utentes com a utilização do goniómetro e perceber a evolução dos mesmos após algum tempo de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

O treino de marcha foi também uma componente desenvolvida em vários campos de estágio, sob apoio unilateral, bilateral ou com auxiliares de marcha – andariço, bengala, canadiana. No caso de um doente ortopédico, é importante treinar a marcha com auxiliar de marcha antes da cirurgia, com o objetivo do momento pós cirúrgico ser facilitado. É

fulcral a consciencialização dos momentos da marcha, por exemplo, no utente com uma prótese da anca, onde inicia a marcha com andarilho- perna operada- perna boa. Vários aspetos eram tidos em conta no treino de marcha, nomeadamente o ultrapassar obstáculos ou contorná-los para fazer mudanças de direção e o subir e descer escadas. A escolha do auxiliar de marcha depende das características físicas e da capacidade de aprendizagem do utente.

No doente com o diagnóstico de AVC, treinei a pessoa para a realização de auto-mobilizações, ponte, oscilação pélvica, rolar ativo, passivo e assistido e a facilitação cruzada, com o objetivo de inibir essencialmente a instalação do padrão espástico. Foi também realizado a técnica de levante e transferência na pessoa com hemiplégia ou hemiparésia e a execução de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, muitas vezes condicionadas já por algum grau de limitação – quer do foro articular ou por espasticidade já instalada. À medida que os exercícios já eram maioritariamente ativos, pude também desenvolver estratégias para aumentar a força muscular, pela introdução de resistências nas mobilizações.

Na minha prática diária, apercebi-me que muitos doentes que tiveram um AVC desenvolveram espasticidade. O início da espasticidade pode variar significativamente e pode ocorrer logo após o AVC ou num período de tempo mais longo (Ward, 2012).

A intervenção precoce do EEER para a prevenção do desenvolvimento da espasticidade assume particular importância nas suas funções perante um doente com AVC. Quando a espasticidade já está presente, a intervenção visa reduzir o seu impacto nas atividades de vida diária. Esta afirmação é comprovada pelo regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2011 p. 5), os cuidados de Enfermagem de Reabilitação “*têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da QdV, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades*”.

No seguimento da prevenção da espasticidade utilizei as talas de Margareth Johnson com o objetivo de diminuir a atividade muscular indesejável através da manutenção do alinhamento corporal, fortalecer grupos musculares e promover a estimulação proprioceptiva. Aquando da minha prática, colocava as talas de Margareth Johnson cerca

de 30min e de seguida realizava mobilizações articulares em todos os segmentos corporais e por fim, posicionava o doente em padrão anti-espástico com o correto alinhamento corporal, garantindo o conforto e alívio de pressão.

No decorrer do estágio houve uma diversidade de patologias respiratórias (pneumonia, derrame pleural, bronquiectasias, bronquiolites, fibrose quística) e mesmo que a patologia de base não era do foro respiratório pude realizar RFR (Reeducação Funcional Respiratória). Em todos estes utentes pude realizar RFR sendo que esta é “uma terapêutica baseada no movimento que atua nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação eterna e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios” (Cordeiro & Menoita, 2014).

A Reeducação Funcional Respiratória (RFR) tem como objetivo principal melhorar o processo de ventilação, recorrendo a técnicas que visam reduzir a hipoventilação, melhorar a capacidade dos pulmões, aumentar compliance pulmonar, aprimorar o desempenho dos músculos inspiratórios e diminuir o esforço respiratório do utente com problemas respiratórios. É fundamental iniciar as sessões da RFR o mais cedo possível para prevenir complicações respiratórias e otimizar a função pulmonar. A consciencialização da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios são os primeiros aspetos a atender numa sessão de Reeducação Funcional Respiratória. Envolve exercícios respiratórios que visam aumentar a consciência da respiração, o controlo da frequência, amplitude e ritmo respiratório e também melhorar a coordenação e eficiência dos músculos respiratórios (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No entanto em utentes com faixa etária baixa, com bebés com idade inferior a 1 ano, torna-se difícil a colaboração e por vezes impossível, nestas situações desenvolvi a capacidade de adaptar estas técnicas em sintonia com o utente.

Aquando da prestação de cuidados especializados tive de priorizar os utentes consoante as suas necessidades no momento da minha avaliação, pois muitos deles necessitavam primeiro de cuidados de RFR associado a drenagem de secreções e exercícios de aumento da expansibilidade torácica e posteriormente de reeducação funcional motora.

As atividades desenvolvidas no departamento de cinesiterapia respiratória para além de muito centradas na área dos exercícios respiratórios nomeadamente reeducação funcional respiratória, exercícios para aumento da expansibilidade torácica e drenagem de

secreções, era também muito focado nos ensinamentos para o domicílio, como a estimulação da tosse, aspiração de secreções e utilização do Cough Assist (Tosse Assistida).

Em relação às patologias associadas à ventilação dividem-se em dois grandes grupos: as patologias do tipo obstrutivo e as patologias do tipo restritivo. As doenças respiratórias obstrutivas (DPOC ou a Asma) caracterizam-se pela obstrução da via aérea. Ocorre um aumento da resistência nas vias aéreas devido à redução do seu diâmetro resultante de um processo inflamatório crônico, o que traduz uma dificuldade na expiração, dispneia e aumento do volume residual. Neste tipo de patologias dá-se ênfase à fase expiratória do ciclo respiratório (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nas pessoas com síndrome obstrutiva, a reeducação funcional respiratória com ênfase na expiração contempla a reeducação do diafragma posterior, grade costal inferior bilateral, hemicúpulas direita e esquerda, exercícios de abertura da grade costal com bastão, se a pessoa colaborasse ou realizava exercício de mobilização passiva articular de flexão/extensão do ombro assim como abertura da grade costal, mobilização articular adução /abdução do ombro (Couto, Silva, Maria João, & Gomes, 2021).

As doenças respiratórias restritivas (derrame pleural, pneumotórax, fibrose pulmonar, atelectasias, doenças neuromusculares) caracterizam-se pela redução da aptidão de expansão pulmonar, ou seja, compliance pulmonar e da caixa torácica, caracterizando-se por uma capacidade total diminuída, com disfunção dos músculos respiratórios. Esta patologia está associada a padrões respiratórios ineficientes, com aumento da frequência respiratória, redução do volume corrente, hipoventilação e, como resultado, pode levar a insuficiência respiratória. O objetivo da RFR consiste em corrigir as causas desses defeitos ventilatórios e dar ênfase à fase inspiratória. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Os doentes com síndrome restritiva, realizam reeducação com ênfase na inspiração do diafragma posterior, grade costal inferior lateral com ou sem bloqueio, abertura da grade costal inferior e anterior em semi-dorsal e grade costal inferior posterior em semi-ventral, reeducação do diafragma anterior e hemicúpula direita, e abertura da grade costal bastão se colaborasse ou realizava exercício de mobilização passiva articular de flexão extensão do ombro. (Couto, Silva, Maria João, & Gomes, 2021)

Ao longo dos estágios tive a oportunidade de ter utentes com diferentes patologias, conseguindo pôr em prática várias vezes todas as técnicas de RFR, são elas: reeducação

diafragmática (porção posterior e porção anterior), reeducação das hemicúpulas do diafragma, reeducação costal inferior bilateral com ou sem recurso de dispositivo (por exemplo, uma faixa), reeducação costal global com recurso ao bastão e reeducação costal superior. A nível costal podemos ter reeducação costal unilateral com abertura costal com adução do membro superior, reeducação costal unilateral com pressão lateral, com pressão ântero-posterior, com pressão anterior e com pressão posterior. Em todas as técnicas o utente tem de estar em posição confortável com o apoio dos membros nas almofadas, dependendo do decúbito, com alinhamento corporal de forma a otimizar ventilação. Também fui instruída para a colocação correta das mãos e os pontos de pressão a exercer.

Uma das técnicas mais utilizada para a limpeza das vias aéreas foi a drenagem postural como o próprio nome indica, é uma drenagem através da gravidade para a mobilização de secreções brônquicas e visa aproveitar os diferentes decúbitos da pessoa. Existem onze posições de drenagem postural e cada uma delas está relacionada a um segmento pulmonar específico. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Paralelamente a esta técnica e com o objetivo de complementar uma eficaz drenagem brônquica realizei outras, como a vibração, compressão e percussão. No início do estágio senti grande dificuldade em realizar a vibração, contudo ao longo do tempo consegui melhorar, sentindo-me cada vez mais capaz de realizar esta técnica de reeducação respiratória, técnicas de conservação de energia e correção postural.

Outras técnicas utilizadas para RFR que pude aplicar em vários estágios foram: exercício de débito inspiratório controlado (EDIC), expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infra-lateral (ELTGOL), técnica de correção postural com o apoio de espelho quadriculado e terapêutica de posição em utentes com derrame pleural e em situações de pneumotórax com drenagem.

Uma patologia recorrente no serviço UHD/UMAD foi a DPOC. Nestes utentes, realizei treino aeróbio, num percurso para caminhada, onde a intensidade era variável, bem como os períodos de descanso. Durante estes treinos, observei a importância de ajustar a intensidade e a duração dos exercícios, aumentando-os gradualmente conforme a tolerância do utente, instruindo-a para os sinais/sintomas de alerta. Este aspeto é essencial no controlo da sensação de falta de ar e na promoção da motivação em cumprir o plano de enfermagem de reabilitação. Aquando do acompanhamento do utente em cada sessão,

também reconheci a importância de iniciar com exercícios de aquecimento e finalizar com exercícios de alongamento, para minimizar o risco de lesões, aliviar a fadiga muscular, melhorar a postura e induzir o relaxamento.

Por fim, durante o treino de exercício compreendi e ensinei/instruí para a prática de uma respiração coordenada com o objetivo de tolerar o esforço e reduzir a fadiga, explicando a sua importância para a realização desta técnica nas tarefas do dia-a-dia. É fundamental realizar a expiração no esforço e a inspiração no momento de repouso durante a execução dos exercícios de treino, de forma a otimizar a eficiência respiratória e a conservar energia.

No decorrer do estágio na UCC, a minha enfermeira orientadora deu-me a possibilidade de prestar cuidados aos utentes com a equipa multidisciplinar, desde terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicóloga e assistente social, desta forma partilharmos experiências e conhecimentos. Para mim foi uma mais valia ter tido esta experiência, uma vez que o espírito de equipa presente naquela UCC despertou em mim um grande ensinamento para o futuro em que o objetivo é sempre a melhoria contínua do utente e que todos trabalham em prol do mesmo.

Tive também a oportunidade de estar presente numa conferência familiar. Esta reunião é constituída pela enfermeira de reabilitação, fisioterapeuta, terapia ocupacional, terapia da fala, psicóloga, assistente social e pessoa de referência/família do utente. Tem como objetivo o conhecimento da relação pessoal entre o utente e a família, o esclarecimento de dúvidas e dos seus medos/receios com o futuro do familiar, atualização sobre o estado clínico do utente e a sua evolução e a preparação para o momento da alta, bem como, os apoios sociais que podem ter no domicílio.

5. CONCLUSÃO

Ao concluir os estágios preconizados no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, o objetivo deste relatório foi descrever as atividades desenvolvidas para adquirir as competências estipuladas pela Ordem dos Enfermeiros na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração deste relatório de estágio foi um processo desafiador, estando sempre em constante evolução e requerendo ajustes e adaptações ao longo do tempo. No entanto, a sua elaboração proporcionou-me uma oportunidade de reflexão sobre as práticas em contexto dos estágios e as competências adquiridas como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Durante os estágios adquiri um notável crescimento pessoal e profissional, tive a oportunidade de vivenciar experiências de aprendizagens enriquecedoras. Este crescimento refletiu-se nas competências que adquiri como EEER, capacitando-me a prestar cuidados de enfermagem especializados de alta qualidade, com foco no bem-estar dos utentes.

Com base nos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e no desenvolvimento da minha capacidade de autoaprendizagem, consegui integrar e aplicar eficazmente os conhecimentos teóricos na prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Este processo de aprendizagem teórico-prático contribuiu significativamente para a prestação de cuidados especializados e de qualidade, tendo por base o cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida promovendo o bem-estar do autocuidado e a prevenção de complicações, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e por fim, a maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Foi importante desenvolver competências de comunicação eficaz, empatia e respeito pelas individualidades de cada um. Aprendi a estabelecer uma relação terapêutica de confiança, incentivando a pessoa e família a participar ativamente no processo de reabilitação.

O facto de ter realizado os estágios em ambiente comunitário e hospitalar trouxe-me diversos momentos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e demonstrou-me a necessidade permanente de continuidade e articulação entre eles. Em contexto hospitalar,

tive a oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar proporcionando cuidados integrados e holísticos ao utente em processo de reabilitação. Obtive conhecimentos teórico-práticos na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação, fui capaz de aplicá-los de forma autónoma e com destreza, planeando e implementando intervenções específicas e adequadas atendendo às necessidades individuais do utente. De salientar, que em meio hospitalar o ambiente é mais controlado e seguro, uma vez que temos ao nosso dispor recursos e instalações mais adequadas para garantir a segurança dos profissionais de saúde e dos utentes. Em relação ao estágio na comunidade foi importante a visita domiciliária e observação do utente no seu ambiente familiar. Após criar empatia com o utente e família no seu lar, apercebi-me que ambos estão mais motivados a cumprir um plano de reabilitação de acordo com as suas necessidades específicas. A importância do suporte familiar e a promoção do autocuidado no domicílio, bem como a eliminação de barreiras arquitetónicas ajuda na reintegração do utente na comunidade.

Como pontos fortes, destaco a disponibilidade dos enfermeiros orientadores e da equipa multidisciplinar, as experiências vivenciadas proporcionaram-me a aquisição e desenvolvimento de competências específicas de enfermagem de reabilitação, assim como as competências comuns aos enfermeiros especialistas. Em relação aos pontos fracos, de referir a grande dificuldade em conciliar as minhas responsabilidades profissionais com os turnos e trabalhos para os estágios, que muitas vezes ficavam a uma distância considerável da minha residência. No entanto, apesar das dificuldades, consegui cumprir com distinção os objetivos que me tinha proposto anteriormente.

A profissão de Enfermagem obriga a atualização e formação constante a fim de aprimorar conhecimentos existentes e adquirir novos. Foi neste contexto de necessidade de atualização e formação especializada que optei por ingressar no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação.

No futuro, como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, assumo a responsabilidade de executar uma prática de cuidados baseados nas competências desenvolvidas, caracterizados pela qualidade e apoiados na evidência científica atualizada, que justifique a intervenção do EEER nos diferentes contextos de saúde.

Na minha abordagem ao utente enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, cada utente foi considerado como um individuo único e com necessidades específicas que se alteram ao longo do ciclo de vida.

PARTE II – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A afasia é uma alteração cognitiva, caracterizada por alterações da linguagem. Cerca de um 1/3 das pessoas com AVC apresentam afasia, o que resulta na dificuldade na comunicação, exclusão social e diminuição da participação em programas de reabilitação. A avaliação do utente com afasia é o primeiro passo para a intervenção eficaz do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

OBJETIVOS: Caracterizar a população de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas; Caracterizar a gravidade da afasia na amostra em estudo; Contribuir para a definição de um plano de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC.

MÉTODOS: Estudo de coorte retrospectivo utilizando uma base de dados hospitalar que inclui informação relativa a variáveis sociodemográficas e clínicas de todos os utentes admitidos numa unidade de AVC em meio hospitalar do norte de Portugal entre os meses de janeiro e março de 2023. Para a avaliação da gravidade da afasia nestes utentes foi aplicada a escala Aphasia Rapid Test.

RESULTADOS: Nos 75 utentes incluídos para este estudo, 34 (45,33%) são do género masculino, sendo que 36 (48%) têm idade superior a 73 anos. A afasia foi avaliada em 41 utentes (57,77%) sem história de AVC prévio, representando a nossa amostra. Entre os utentes com afasia, 22 (56,66%) são do género feminino, a média de idades é de 74,34 anos, sendo que 23 dos utentes (56,10%) apresenta idade acima de 73 anos e o diagnóstico de AVC Isquémico foi verificado em 35 (85,37%) dos utentes. Em relação aos dados da escala Aphasia Rapid Test, observou-se que a fluência verbal semântica foi o subteste mais afetado, em 39 (94,12%) dos utentes, seguida da execução de ordens complexas em 27 (65,85%) dos utentes. A disartria foi observada em 24 (58,54%) dos utentes.

CONCLUSÃO: A avaliação da gravidade da afasia na pessoa após AVC no momento da admissão fornece um prognóstico sobre a evolução da afasia no utente. O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC é de extrema importância para estabelecer o diagnóstico e iniciar o mais precocemente um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

PALAVRAS-CHAVES: Afasia, Acidente Vascular Cerebral, Reabilitação, Enfermagem

ABSTRACT

INTRODUCTION: Aphasia is a cognitive alteration characterized by language alterations. Approximately one-third of stroke survivors experience aphasia, which leads to difficulties in communication, social exclusion, and decreased participation in rehabilitation programs. The assessment of individuals with aphasia is the first step towards effective intervention by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

OBJECTIVES: Characterize the population according to sociodemographic and clinical variables; Characterize the severity of aphasia in the study sample; To contribute for the development of a intervention plan by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing for the individuals with aphasia after stroke.

METHODS: A retrospective cohort study using a hospital database which includes sociodemographic and clinical information of all patients admitted to a stroke unit in a hospital in Northern Portugal between January and March 2023. The Aphasia Rapid Test scale was used to assess the severity of aphasia in these patients.

RESULTS: Among the 75 patients included in this study, 34 (45.33%) were male, and 36 (48%) were over 73 years old. Aphasia was evaluated in 41 patients (57.77%) without a previous history of stroke, representing our sample. Among patients with aphasia, 22 (56.66%) were female, with a average age of 74,34 years, and 23 patients (56.10%) were over 73 years old. Ischemic stroke was diagnosed in 35 patients (85.37%). Regarding the Aphasia Rapid Test data, semantic verbal fluency was the most affected subtest in 39 patients (94.12%), followed by the execution of complex commands in 27 patients (65.85%). Dysarthria was observed in 24 patients (58.54%).

CONCLUSION: The assessment of aphasia severity in individuals after stroke at the time of admission provides a prognosis regarding the progression of aphasia in the patient. The contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing for individuals with aphasia after stroke is extremely important in establishing the diagnosis and initiating an early rehabilitation nursing care plan.

KEYWORDS: Aphasia, Stroke, Rehabilitation, Nursing

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais razões de mortalidade, morbidade, hospitalização e incapacidade permanente nas sociedades desenvolvidas, incluindo Portugal. Em relação ao nível nacional, a doença vascular cerebral é a causa mais comum de morte, além de ser responsável por limitações significativas nas atividades de vida diária.

Conforme relatado pela Direção Geral de Saúde (2016), Portugal apresenta uma maior taxa de mortalidade por AVC na Europa Ocidental. No entanto, houve uma redução entre 2011 e 2013 de 61,9 óbitos por 100 000 habitantes para os 54,6.

A afasia é uma alteração cognitiva, caracterizada por alterações da linguagem. Afeta cerca de 1/3 das pessoas com AVC e a incapacidade de falar, compreender a mensagem ou ambas pode causar dificuldades significativas à pessoa, resultando numa incapacidade de inserção social e redução da participação em planos de enfermagem de reabilitação. A comunicação desempenha um papel fundamental nas relações interpessoais e não apenas nos cuidados gerais de enfermagem, mas também nos cuidados específicos da Enfermagem de Reabilitação.

A avaliação da afasia o mais precocemente é importante para a intervenção eficaz. O objetivo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é capacitar o utente a tornar-se o mais funcional possível, desenvolvendo estratégias específicas e personalizadas com a colaboração do utente, da família e dos restantes profissionais de saúde. O EEER deve adquirir competências que permitam a capacitação do utente para sua reintegração social.

A utilização de instrumentos para medir de forma objetiva a gravidade da afasia após o AVC são fundamentais para a elaboração de programas de reabilitação.

A Escala Aphasia Rapid Test (ART) é um instrumento de medida que possibilita a deteção precoce e avaliação da gravidade da afasia no decorrer do tempo. Esta escala baseia-se nos componentes neurológicos que são normalmente avaliados em contexto de AVC. É uma escala simples e de rápida aplicação sem necessidade de material de apoio específico.

A pessoa com alterações cognitivas foi deste sempre uma curiosidade no meu percurso profissional. O interesse por esta temática começou antes de ingressar na área da enfermagem de reabilitação, aquando do meu exercício profissional como enfermeira de cuidados gerais no serviço de Unidade de Acidente Vascular Cerebral em ambiente hospitalar.

Sendo o AVC uma problemática atual e tem uma implicação significativa na qualidade de vida das pessoas afetadas por essa condição, associada ao défice neurológico afasia. A escolha desta temática justifica-se pelo facto de a comunicação ser um aspeto importante na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação. Tem como propósito identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação a uma pessoa com afasia após AVC e também visa despertar e sensibilizar para a importância dessas intervenções para uma melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem, em especial, nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Segundo Branco e Guerreiro (2011), o EEER pode minimizar o impacto psicossocial causado pela perturbação da linguagem, garantindo a continuidade do processo comunicativo do utente em situação de afasia com a presença da família, podendo ser alcançado através de intervenções terapêuticas. Assim, é essencial reconhecer a importância da enfermagem de reabilitação, em integrar nos seus cuidados à pessoa e família em situação de afasia, não apenas intervenções que visam a reeducação funcional cognitiva e a redução da afasia como uma limitação, mas também estratégias que capacitem a pessoa com afasia para a reintegração social e exercício pleno da cidadania.

Todos os dias, deparamo-nos com as incapacidades, necessidades e complicações que os utentes apresentam devido às suas limitações, surgindo a questão de investigação enunciada para este estudo “*Quais os contributos do EEER para a definição de um plano de intervenção na pessoa com afasia após AVC?*”. Os objetivos deste estudo são: caracterizar a população de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas; caracterizar a gravidade da afasia na amostra em estudo e contribuir para a definição de um plano de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC.

Estruturalmente, este trabalho divide-se em duas partes. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico da temática em causa e a segunda parte diz respeito à metodologia implementada para a sua concretização da colheita de dados, análise e discussão dos

mesmos. Por fim, apresenta-se uma proposta de plano de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com afasia após AVC.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1.ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC ocorre quando à um bloqueio ou interrupção do fluxo sanguíneo para uma parte do cérebro, provocando destruição ou danos cerebrais e consequentemente resultando em sintomas e défices neurológicos, durante pelo menos 24 horas. As lesões cerebrais podem ser causadas por um enfarte, devido a isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central, comprometendo a função cerebral. O AVC pode acontecer de repente e está frequentemente associada a fatores de risco vascular ou ainda por um defeito neurológico focal (aneurisma) (Ricardo, 2012).

Quando os sintomas do evento cerebrovascular são de curta duração e apresentam uma regressão espontânea (em menos de 24 horas), é considerado um Acidente Isquémico Transitório (AIT), não sendo considerado AVC (American Stroke Association, 2016).

Nunes (2014) acrescenta que, o AVC pode ser classificado em dois tipos: hemorrágico, sendo este induzido pela rutura de uma artéria que, por conseguinte, provoca um derrame sanguíneo, ou então, isquémico, provocado pela presença de um trombo, o qual causa a obstrução de uma artéria.

De acordo com Meschia, Klaas, Brown Jr, & Brott (2017) o AVC isquémico é o mais frequente. O AVC isquémico é causado por uma oclusão de um vaso sanguíneo, resultando na interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose para uma área do cérebro, afetando posteriormente os processos metabólicos da região envolvida (Branco & Santos, 2010). O AVC hemorrágico ocorre quando há rutura das paredes dos vasos sanguíneos, geralmente devido a pequenos aneurismas ou malformações vasculares, ou hipertensão arterial. Este tipo de AVC divide-se em hemorragia intracerebral (quando a hemorragia ocorre diretamente no parênquima cerebral) e hemorragia subaracnoideia (o sangue extravasa de um vaso arterial para o espaço subaracnoideu) (Salgueiro, 2011).

De acordo com a American Heart Association (2014) os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de um AVC podem classificar-se em fatores não modificáveis e modificáveis. Como exemplos de fatores de risco não modificáveis, são indicados: a idade, a raça, a hereditariedade, o género, história prévia de AVC, de acidente isquémico

transitório ou de enfarte agudo do miocárdio. Os fatores de risco modificáveis são considerados: a hipertensão arterial, a diabetes Mellitus, o tabagismo, a obesidade, a inatividade física, a hipercolesterolemia e algumas doenças vasculares ou cardíacas.

É preocupante o AVC ser considerado a principal causa de morte em Portugal. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2020), aproximadamente 9,9% dos óbitos no ano de 2018 foram atribuídos a doenças cerebrovasculares.

Conforme indicado pela American Stroke Association (2016), as manifestações clínicas que surgem após um AVC, não estão relacionadas ao tipo específico de AVC, mas sim da área cerebral que foi afetada e à extensão do dano cerebral. Em muitos casos, os défices neurológicos aparecem de repente e atingem o seu momento mais grave no início da ocorrência do AVC. No entanto, há situações em que os défices se desenvolvem gradualmente ao longo de um período (Aminof, 2008).

As consequências de um AVC têm implicações significativas na vida das pessoas e das respetivas famílias. As alterações existentes ao nível da linguagem, das emoções, das funções cognitivas e da mobilidade podem persistir por tempo variável e indeterminado, tornando os utentes mais propensos a enfrentar a outras complicações de saúde, como a depressão, a pneumonia de aspiração e a incontinência urinária. A presença destas manifestações clínicas dificulta o processo de reabilitação e é indicador de um prognóstico desfavorável (Kumar S. Selim, 2010).

Uma pessoa que tenha sofrido um AVC pode experimentar mudanças nas funções motoras, sensoriais e/ou cognitivas. Entre as alterações cognitivas mais frequentes associadas ao AVC que acontece na região da artéria cerebral média esquerda incluem a linguagem.

Uma das consequências mais comuns no utente com AVC é a afasia, que se manifesta por alterações nos processos linguísticos de significação, podendo afetar tanto a articulação das palavras quanto a compreensão da linguagem (Panhoca & Rodrigues, 2009).

Segundo Matos (2012), *“Trata-se de um fenómeno complexo que ultrapassa as dificuldades para usar ou compreender a linguagem, fixa-se também em consequências interativas, relacionais ou familiares”*.

2.2.AFASIA

A comunicação é fundamental para os seres humanos, envolvendo todas as interações, ações e relações. Conforme apontado por Littlejohn e Foss (2008), a comunicação está tão presente no nosso dia que a temos como garantida, subestimando a sua importância e complexidade. De facto, é através da comunicação que ocorre a partilha de emoções, crenças, valores, princípios e atitudes, permitindo a manifestação de comportamentos, num processo de constante interação mútua.

A Ordem dos Enfermeiros (2015), afirma que, a comunicação corresponde a um *“comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”*.

Nasios, Dardiotis e Messinis (2019), acrescentam que o cérebro é o órgão principal do processo de comunicação. Além disso, segundo Coelho (2015), o ato de comunicar é um processo dinâmico, através do qual o ser humano estabelece uma diversidade de interações sociais. A comunicação em saúde, ajuda o profissional de saúde a perceber as necessidades do utente (Kirca & Bademli, 2019).

A linguagem refere-se ao sistema de sinais símbolos empregados por uma pessoa para comunicar com os outros e é composto por duas fases: a expressiva (produção) e a recetiva (compreensão). As alterações na linguagem podem ocorrer em ambas as áreas ou apenas uma delas (Hoeman,2011).

Uma alteração na linguagem pode afetar a forma, o conteúdo ou a função. A afasia é uma das consequências decorrentes do AVC. Segundo Hoeman (2011) a afasia pode ser definida como a disfunção linguística expressa pela *“perda ou a diminuição de uma capacidade previamente estabelecida de compreensão e/ou formulação de linguagem causada por danos cerebrais”*, e, resulta de alterações que ocorrem nas áreas responsáveis pela linguagem e fala, nomeadamente a área de Wernicke e a área de Broca. Para Pereira et al. (2018) a afasia, afeta 21% a 38% dos utentes com Acidente Vascular Cerebral, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida do utente, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

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

As alterações na linguagem causadas por lesões cerebrovasculares adquiridas exigem a detecção precoce para permitir uma intervenção rápida e eficaz (Poslawky, Schuurmans, & Hafsteinsdottir, 2010).

Sá (2009), a afasia é considerada uma perturbação adquirida da função linguística, com início rápido e de etiologia lesional cerebral. A alteração nos aspetos linguísticos afeta todos os seus componentes (fonológico, morfológico, sintáxico, semântico e pragmático), nas diferentes formas de comunicação (falar, escrever e ler), tanto na expressão quanto na receção e compreensão.

Os sintomas variam, mas geralmente incluem as parafasias (adição, eliminação ou substituição de fonemas), parafasias verbais (substituição de palavras), neologismos (criação de novas palavras), perseverações (utilização repetida da mesma palavra ou sílaba), agramatismo (frases curtas ou incompletas), anomia (dificuldade em encontrar o nome, verbo ou adjetivo) e dificuldade na compreensão de palavras, frases ou discursos (Johansson, 2012).

Frequentemente os problemas associados à linguagem ou à comunicação, podem coexistir com outros défices neurológicos, nomeadamente, disfunção motora, perdas sensoriais e dificuldades cognitivas não linguísticas, tais como problemas de memória, das funções executivas ou da pragmática social (Matos, 2012). No entanto, dado que a comunicação é uma necessidade humana fundamental, qualquer distúrbio nesta atividade pode conduzir também, a limitações ou restrições nas interações e experiências do dia a dia.

Segundo Johansson (2012), as limitações na comunicação resultantes da afasia podem ter um impacto significativo na participação das pessoas em diversas atividades. Estas limitações podem afetar a comunicação verbal e também as relações interpessoais, a vida social, a participação no trabalho e em atividades do quotidiano. A incerteza sobre a comunicação verbal, a dificuldade em se expressar de forma clara e a sensação de ser falado em vez de conseguir falar podem resultar em exclusão social ou na diminuição das relações interpessoais.

2.2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE AFASIA

Na história das classificações dos tipos de afasia foram apresentadas mais de vinte classificações distintas, embora, na sua maioria haja uma sobreposição de ideias (Ardila, 2010). A American Speech-Language Hearing Association (2016), fortalece esta diversidade e menciona os vários debates para definir a terminologia precisa para a classificação da afasia. A mesma organização aponta que embora nenhum sistema único de classificação seja perfeitamente adequado, algumas classificações comuns de afasia consideram a localização das lesões cerebrais ou nas alterações nos padrões de linguagem, como, a fluência da expressão verbal, a compreensão auditiva, a repetição e a recuperação ou nomeação da palavra.

Em 1874, Carl Wernicke, neurologista alemão, foi o primeiro a diferenciar as afasias em dois tipos: afasias fluentes e afasias não fluentes (Magalhães, 2018). Entende-se por fluência, a capacidade de expressividade de forma natural. Na categoria das afasias fluentes, estão presentes: Afasia de Wernicke; Afasia de Condução; Afasia Transcortical Sensorial, e por último, Afasia Anômica (Magalhães, 2018). Por outro lado, os tipos de afasias não fluentes são: Afasia de Broca, Afasia Global, Afasia Transcortical Motora e Afasia Transcortical Mista (Aguiar & Rofes, 2018).

Matos (2012), baseado nos estudos desenvolvidos por Benson e Ardila e Castro- Caldas, propõe uma classificação da afasia com base nos seguintes componentes: fluência, nomeação, compreensão e repetição (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação dos tipos de Afasia

Tipo de Afasia	Fluência do discurso	Nomeação de objetos	Compreensão de ordens simples	Repetição de palavras
Afasia de Broca	Não fluente	Perturbada	Mantida	Perturbada
Afasia de Wernicke	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Afasia Transcortical Sensorial	Fluente	Perturbada	Perturbada	Mantida
Afasia de Condução	Fluente	Perturbada	Mantida	Perturbada
Afasia Anômica	Fluente	Perturbada	Mantida	Mantida
Afasia Global	Não fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
Afasia Transcortical Mista	Não fluente	Perturbada	Perturbada	Mantida
Afasia Transcortical Motora	Não fluente	Perturbada	Mantida	Mantida

Fonte: Adaptada de Matos (2012)

Os instrumentos de avaliação, tais como, a escala de Aphasia Rapid Test (ANEXO VI), desempenham um papel fundamental na caracterização de doentes que apresentam alterações cognitivas e/ou de linguagem após lesão cerebral, especialmente na fase aguda. Estes instrumentos permitem, num curto espaço de tempo, identificar a presença ou ausência de alterações, o que possibilita um encaminhamento mais precoce e adequado do utente. Os enfermeiros de reabilitação devem estar conscientes da importância de estabelecer o mais precocemente um plano de reabilitação de forma a prevenir sequelas, promover a recuperação funcional e a reintegração familiar e social (Santos, 2013).

2.2.2 ESCALA APHASIA RAPID TEST

A escala Aphasia Rapid Test (ART) foi desenvolvida em França por Azuar et al. em 2013, como um teste prático para avaliar a gravidade da afasia, baseando-se nos parâmetros neurológicos geralmente avaliados em utentes com AVC.

A escala ART foi desenvolvida para quantificar o grau de gravidade da afasia em situações agudas de AVC, avaliando, em menos de 3 minutos, os principais componentes da linguagem, a compreensão, a repetição, a nomeação e a fluência verbal, afetados nas pessoas com afasia após AVC. A pontuação da escala ART varia entre 0 e 26, quanto maior a pontuação maior a gravidade (Pereira & et al., 2018).

É composta por seis subtestes que possibilitam avaliar os quatro parâmetros da linguagem: compreensão, repetição, nomeação e fluência do discurso. Primeiramente, é solicitado ao utente que cumpra duas ordens simples (2 pontos) e uma ordem complexa (3 pontos), permitindo avaliar a compreensão verbal simples e complexa. Posteriormente, é avaliada a capacidade de repetir três palavras (6 pontos) e de uma frase (2 pontos). De seguida, o utente deve nomear três objetos de uso comum (6 pontos). Por fim, no parâmetro da fluência do discurso, é avaliado a produção de palavras durante um minuto. Adicionalmente, é ainda avaliada a disartria (Pereira & et al., 2018).

2.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM AFSIA APÓS AVC

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação *“é um profissional de saúde dotado de conhecimentos, capacidades e estratégias que utiliza no contexto laboral em prol das pessoas que necessitam de cuidados de saúde”*.

Embora seja impossível eliminar completamente os obstáculos à comunicação, o EEER deve ser capaz de identificá-los e reduzi-los. De facto, ao adquirir competências específicas na prestação de cuidados à pessoa com afasia após o AVC, o EEER *“cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacita-as nas suas deficiências, limitações da atividade e ou restrições da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (OE, 2010).

De acordo com Australian Aphasia Rehabilitation Pathway (2014), foram compiladas várias diretrizes para a intervenção na reabilitação da pessoa com afasia, entre elas:

- fornecer informações de forma clara sobre o AVC e a afasia à pessoa e os seus familiares, garantindo a compreensão da informação dada e das suas necessidades, através de linguagem adaptada ou estilos de comunicação necessários;
- o processo de definição de objetivos deve ser flexível e sujeito a avaliações contínuas ao longo do plano de reabilitação, tendo em consideração o contexto do utente/família, desejos e possíveis avanços;
- o plano de reabilitação deve ser desenvolvido de forma a assegurar que a pessoa com afasia e a sua família sejam envolvidas como membros ativos da equipa de reabilitação;
- deve ser fornecido à pessoa com afasia e à sua família estratégias de adaptação e autogestão;
- os profissionais de saúde devem ter em consideração fatores socioculturais e linguísticos potencialmente que possam ter um impacto significativo nos cuidados prestados.

Segundo os mesmos autores, a reabilitação da afasia deve ser:

- a) desenvolvida com base nas necessidades da pessoa e da natureza das suas dificuldades comunicacionais;
- b) direcionada para o impacto da afasia nas atividades de vida diária, na participação e na qualidade de vida, compreendendo ainda o impacto nos relacionamentos, profissão e atividades de lazer;
- c) focada nas necessidades específicas da pessoa e família/prestador de cuidados;
- d) incluir informações orientadas para as necessidades da pessoa com afasia e família);
- e) incluir o treino comunicacional da pessoa e família.

A afasia como uma incapacidade resultante do AVC não deve ser vista como uma barreira à participação da pessoa no seu ambiente e na sociedade.

De acordo com Meleis (2010), a transição é um conceito central na enfermagem, e, portanto, cabe aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação delinear estratégias junto da pessoa com afasia e da sua família. Inclui fornecer conhecimentos e capacidades de comunicação que facilitem a pessoa a superar os desafios presentes pela afasia e evitando que ela se torne uma desvantagem. O mesmo autor expõe que a criação de ambientes saudáveis, tanto a nível físico como emocional, também é uma intervenção fundamental de enfermagem durante o processo de transição.

Antes de começar um programa de reabilitação é importante envolvermos o utente e que consigamos a atenção dele para os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Branco & Guerreiro (2011) mencionavam “*Antes de iniciar a reeducação da linguagem, é fundamental que obtenha a atenção da pessoa e desperte nela sentimentos de confiança e desejo de colaboração*”.

A proximidade e o contacto informal entre o enfermeiro e o utente proporcionam uma avaliação valiosa da pessoa em situação de afasia, “*A melhor avaliação ocorre na observação dos utentes em situações naturais de comunicação, a conversar com um parceiro, que pode ser a enfermeira*” (Hoeman, 2011).

O EEER ao criar uma relação de confiança permite conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação personalizados, que se baseiam nas necessidades presentes e futuras das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) tem como propósito aperfeiçoar a memória a curto prazo e diminuir a desorientação, mostrando eficácia na melhoria da atenção da pessoa. Um dos principais exercícios da TOR consiste em solicitar ao utente para localizar e identificar objetos e/ou locais importantes do ambiente (Menoita, 2012).

O ambiente externo influencia a comunicação, pelo que é essencial que o enfermeiro ofereça um ambiente privado para comunicar e interagir com a pessoa (Salgueiro J., 2014).

Adicionalmente, em utentes que apresentam a capacidade de comunicação comprometida, uma intervenção fundamental dos EEER é realizar a técnica de treino do discurso (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo Fawcus (2000), o treino do vocabulário consiste em apresentar um objeto à pessoa e, em seguida, apresentar cinco palavras escritas, onde uma delas corresponde ao objeto. É solicitado à pessoa a fazer a correspondência entre o significado como do som da palavra e que faça a leitura em voz alta.

Em relação à comunicação não-verbal, o recurso à estimulação dos utentes a utilizar gestos e imagens que representassem objetos, ações ou emoções. Quando uma pessoa é incapaz de se expressar verbalmente ou por escrito devido à afasia, recorre-se à comunicação alternativa e aumentativa. Este método abrange vários modos de comunicação que substituem ou complementam os sistemas de discurso e/ou escrita e incluem gestos, linguagem gestual, quadros de imagens ou palavras, quadros alfabéticos e sistemas de discurso sintetizado ou digitalizado. Quando a afasia está presente, é importante que os quadros de comunicação incluam imagens de objetos, pessoas, necessidades, ações e expressões faciais para facilitar a comunicação (Hoeman, 2011).

TISSOT (1986) destaca a importância dos recursos pedagógicos na reabilitação da linguagem da pessoa afásica, nomeadamente os manuais com imagens organizadas com base em diversos critérios, o que possibilitam a correspondência entre imagens e palavras. Também permitem instruir/ensinar através das imagens os verbos, adjetivos, sinónimos, antónimos, noções de espaço e tempo, conceitos concretos e abstratos. Destaca ainda a

importância do uso de manuais escolares que contenham exercícios de vocabulário, gramática, leitura, ditado e aritmética e também os livros de histórias e de jogos educativos.

Segundo a mesma autora, os métodos audiovisuais são um auxílio importante na reabilitação da linguagem, contudo precisam de alguma atenção na sua utilização, nomeadamente: o texto deve ser lido duas a três vezes, de forma lenta e clara, a projeção de imagens deve ser mantida o tempo suficiente para que a pessoa possa apreendê-las adequadamente.

Gonçalves (2008) destaca a utilização da Comunicação Alternativa e Suplementar (CAS) em utentes críticos de forma a possibilitar a comunicação. Segundo o mesmo autor, a comunicação alternativa é uma área de atuação que visa compensar temporariamente ou permanentemente as limitações de utentes com perturbações graves de expressão, como, severos distúrbios de fala, linguagem e escrita. A CAS abrange um conjunto de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas utilizados pelas pessoas para comunicarem. O seu objetivo principal é facilitar a participação desses utentes em diversos contextos de comunicação, permitindo a sua reintegração social.

O Método de Entoação Melódica (MEM) mostrou ter um impacto positivo na redução da incapacidade de linguagem verbal. O hemisfério direito participa na programação dos aspetos melódicos do discurso (Caldas, 2000) e o MEM é eficaz quando as lesões nas áreas da linguagem do hemisfério cerebral esquerdo são limitadas. O MEM utiliza as estruturas do hemisfério direito, que estão intactas, para auxiliar no processo da linguagem, até que as estruturas do hemisfério esquerdo recuperem e reassumam a sua função. Quando a lesão cerebral é severa ou total, o hemisfério direito pode tentar assumir o controlo das funções. Conklyn, Novak, Boissy, Bethoux, & Chemali, (2012) corroboram quando dizem que *“é possível desenvolver uma capacidade de linguagem verbal oral funcional se for ensinada em associação com o ritmo e a melodia. As frases são cantadas ou entoadas e posteriormente ditas”*.

Nos doentes que apresentam Afasia de Broca ou dificuldades na articulação das palavras devido a incapacidades motoras faciais resultantes de um AVC, torna-se importante que o enfermeiro englobe nos seus cuidados intervenções que melhorem a articulação das palavras. É importante a realização de exercícios labiais, linguais e de expressão facial, como por exemplo, comprimir os lábios com força, sorrir, cerrar os dentes, franzir a testa,

comprimir as pálpebras com força, colocar a língua de fora, tocar com a língua na face interna da cavidade oral direita e esquerda alternadamente, tocar com a língua no palato (Branco & Guerreiro, 2011).

Na perspectiva de Galamba (2012), o enfermeiro que presta cuidados de enfermagem de reabilitação a utentes com alterações na linguagem pode adotar estratégias, tais como: repetição de palavras, disponibilização de papel e caneta, leitura de textos, escrita, e também ensinamentos para a utilização de gestos. A utilização das várias estratégias mencionadas anteriormente, dependem do tipo de afasia em causa e da sua gravidade.

O processo de reabilitação da pessoa em situação de afasia envolve várias intervenções definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2015):

- *“Avaliar capacidade para comunicar;*
- *Incentivar a pessoa a comunicar;*
- *Executar técnica de treino do discurso;*
- *Providenciar dispositivo auxiliar como os sistemas de comunicação aumentativa e complementar (por objetos, imagens, escrita, tecnologia);*
- *Providenciar material educativo;*
- *Adaptar estratégias de comunicação não verbal.”*

Segundo Hoeman (2011), existem intervenções que facilitam a comunicação, tais como:

- Fornecer um ambiente calmo, tranquilo sem ruídos ou distrações;
- Alcançar a atenção da pessoa no momento da comunicação;
- Abordar tópicos de comunicação espontâneos que sejam do interesse do utente;
- Se o utente se apresentar cansado ou aborrecido, adiar a conversa;
- Dar tempo ao utente para que processe a informação dita e evitar interrupções;
- Incentivar todas as tentativas de expressão verbal, mesmo que as palavras usadas não sejam apropriadas;
- Falar devagar e pausadamente;
- Não usar tom de voz alto;

- Repetir perguntas simples e diretas as vezes necessárias, que permitam respostas curtas;
- Solicitar a pessoa a repetir palavras, se necessário;
- Estimular ao uso de gestos e quadros de comunicação com imagens, especialmente quando a comunicação verbal não é possível;
- Assumir responsabilidade quando a comunicação não é eficaz;
- Possibilitar erros e corrigir o utente quando claramente apropriado.

A reabilitação de uma pessoa com afasia após AVC não deve ser vista como um evento isolado ou temporário, mas sim como um processo contínuo de descoberta de soluções e adaptações que permitam uma interação positiva entre ela e o ambiente envolvente.

Desta forma, o enfermeiro de reabilitação deve usar estratégias que maximizem a capacidade de expressão verbal (dar tempo ao utente para se expressar; repetir a mensagem em voz alta; toda a pronúncia é aceitável; não interromper e fornecer palavras quando necessário), ensinar ao utente estratégias que auxiliem a melhorar o discurso (comunicar de forma calma e clara; incentivar a usar frases curtas; incentivá-lo a escrever mensagens ou a fazer um desenho), identificar as frustrações de cada utente, reconhecer com o utente os fatores que facilitam a expressão verbal (verificar a acuidade auditiva e visual), envolver os familiares para as alternativas de comunicação e explicar o motivo das reações do utente para com eles. Hoeman (2000) sintetiza afirmando que ao lidar com o utente com afasia é aconselhável estabelecer o contacto visual direto, manter uma atitude relaxada e sem pressa, falar com um tom normal e calmamente, dar tempo para que o utente assimile a informação, usar gestos apropriados para ajudar a transmitir o significado.

Na pessoa com afasia após AVC, a incapacidade para comunicar ou compreender no seu dia a dia, é uma condição persistente que pode coexistir com outras limitações importantes resultantes do AVC. O seu impacto a nível pessoal, familiar e social é amplamente reconhecido, exigindo ajustes contínuos a quem vivência intimamente e convive com esta realidade. Neste sentido, o EEER, de acordo com as competências descritas anteriormente, pode ajudar neste processo, oferecendo suporte, motivação e métodos de aprendizagem que visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e dos seus familiares.

3. METODOLOGIA

Perante a relevância do tema, a questão de investigação formulada foi: “*Quais os contributos do EEER para a definição de um plano de intervenção na pessoa com afasia após AVC?*”.

Definiu-se como objetivos deste estudo: caracterizar a população de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas; caracterizar a gravidade da afasia na amostra em estudo e contribuir para a definição de um plano de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC.

3.1. TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa insere-se no tipo de estudo de coorte retrospectivo utilizando uma base de dados hospitalar (construída pela autora) que inclui informação relativa a variáveis sociodemográficas e clínicas de todos os utentes admitidos numa unidade de AVC em meio hospitalar do norte de Portugal entre os meses de janeiro e março de 2023.

3.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população deste estudo corresponde a um total de 75 utentes com o diagnóstico de AVC internados no serviço de Unidade de AVC (UAVC) do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, durante o período de 16 de janeiro a 16 de março de 2023 independentemente do tempo de internamento. Após a aplicação da Escala Aphasia Rapid Test em toda a população, a nossa análise mais detalhada (amostra), recaiu na informação relativa aos 41 (57,7%) de utentes que desenvolveram afasia após o AVC e que não tinham na sua história de saúde informação de AVC prévio.

3.3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi solicitado o pedido à Comissão de Ética do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, para realizar a recolha de dados dos utentes internados no serviço UAVC no período pré-estabelecido (Anexo VII). Após a aprovação foram recolhidos os dados para uma base de dados elaborada por mim.

Ao autor, Miguel Tábuas Pereira, do artigo “*Aphasia Rapid Test: Estudos de Tradução, Adaptação e Validação para a População Portuguesa*” de 2018, foi-lhe solicitado a utilização da escala Aphasia Rapid Test para este estudo ao qual deu um parecer favorável (ANEXO VIII).

A investigação descrita respeitou e salvaguardou os aspetos éticos conforme a Declaração de Helsínquia. É garantido a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos dos titulares, assim como não serão utilizados os dados da investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

3.4. VARIÁVEIS

Foram utilizados instrumentos de avaliação para a recolha de informações oportunas e pretendidas para a população/amostra selecionada.

Para a caracterização sociodemográfica utilizaram-se as variáveis, género e idade, que foram recolhidas pelo processo clínico do utente.

Para a caracterização da situação clínica considerou-se o diagnóstico de AVC de acordo com as seguintes categorias AVC Isquémico, AVC hemorrágico e AIT, bem como a lateralidade da lesão, hemisfério direito e hemisfério esquerdo. Os fatores de risco utilizados foram a Hipertensão Arterial (HTA), Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Hábitos Etílicos, Hábitos Tabágicos, Obesidade e AVC prévio.

Para cada utente, obteve-se informação relativa a Escala de Coma de Glasgow para a caracterização do estado de consciência no momento de admissão. Com base no Índice de Barthel todos os utentes foram classificados de acordo com o grau de dependência nas seguintes categorias: independente (= 100), dependência ligeira (>90), dependência moderada (55 - 90) e dependência grave (<55) no momento de admissão (Direção Geral de Saúde, 2011). Para a caracterização da gravidade da afasia foi aplicada a escala Aphasia Rapid Test na admissão, composta por quatro subtestes que avaliam a compreensão, repetição, nomeação e fluência do discurso, todos os utentes apresentaram uma pontuação entre 0 e 26 (Pereira & et al., 2018).

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Recorreu-se à estatística descritiva para a caracterização da população e da amostra em estudo, facilitando a compreensão e interpretação dos dados. Para realizar a análise destes dados, utilizou-se o Microsoft Excel que permitiu o cálculo das frequências absolutas (n) e das frequências relativas (%) para cada categoria. Em relação à variável idade foi calculada a média. Estas medidas permitiram compreender a distribuição dos dados e representatividade de cada categoria em relação ao total da população ou amostra.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os dados colhidos através base de dados criada pela autora, que visou caracterizar os utentes internados com o diagnóstico de AVC no serviço de UAVC do Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães. Posteriormente, a caracterização detalhada da nossa amostra consistirá em analisar os utentes que desenvolveram afasia após AVC e que não possuíam histórico de AVC prévio.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO/AMOSTRA

Foram incluídos 75 utentes para este estudo, dos quais 34 (45,33%) são do género masculino, sendo que 36 (48%) têm idade superior a 73 anos.

Em termos de fatores de risco, 48 (64%) dos utentes têm Hipertensão Arterial, 43 (57,33%) apresentam Dislipidémia, 20 (26,67%) com Diabetes Mellitus, 20 (26,667) com Hábitos Etílicos, 12 (16%) têm Hábitos Tabágicos, 55 (73,33%) diagnosticados com Obesidade e 16 (21,33%) com história de AVC prévio.

No que diz respeito ao diagnóstico, verificou-se que existem 10 utentes (13,33%) com AIT, 7 (9,33%) com AVC Hemorrágico e a grande maioria, 56 (77,67%) possuem AVC Isquémico. Reportando-nos à classificação da Bamford, o LACI é o diagnóstico mais prevalente, com 21(36,20%) e o POCI é o menos prevalente correspondendo a apenas 5 (8,62%) dos utentes.

Quanto à avaliação do estado de consciência, traduzida pela Escala de Coma de Glasgow, 48 (64%) dos utentes obtiveram um score de 15. Por outro lado, 27 (36%) utentes obtiveram uma pontuação abaixo de 15, apenas 1 (1,33%) utente obteve um score de 7, que indica um comprometimento grave do estado de consciência.

Nos resultados do Índice de Barthel, 44 (58,67%) dos utentes situam-se na dependência grave (score < 55), na dependência moderada (score entre 55-90) estão 30 (40%) dos utentes e apenas 1 utente apresenta dependência ligeira (score > 90).

Neste estudo foram analisados 41 utentes com afasia (57,77%), representando a nossa amostra. Que de acordo com os critérios de inclusão definidos, nenhum utente tinha

história de AVC prévio. Entre os utentes com afasia, 22 (56,66%) são do género feminino, a média de idades é de 74,34 anos, sendo que 23 dos utentes (56,10%), apresenta idade acima de 73 anos.

Perante os fatores de risco, a HTA, a dislipidémia e a obesidade, são os fatores de risco mais identificados com respetivamente 27 (65,85%), 24 (58,54%) e 31(75,61%) dos utentes. Segundo o diagnóstico de AVC, 35 (85,37%) dos utentes foram diagnosticados com AVC Isquémico. Usando a classificação de Bamford, o AVC Isquémico tipo TACI é o mais prevalente com 42,86%, seguido do LACI com 25,71%.

Em relação à Escala de Coma de Glasgow, mais de metade dos utentes, concretamente 22 (53,66%), apresentam um score de 15, apresentando os restantes utentes com um score abaixo de 15. No que diz respeito ao grau de dependência pelo Índice de Barthel, a maioria dos utentes, ou seja, 28 (68,29%), apresentam uma dependência grave. Todos estes dados podem ser consultados na Tabela 1.

Tabela 1 - Caraterização da População/Amostra segundo variáveis sociodemográficas e clínicas

		População		Amostra	
		n	%	n	%
Género	Feminino	41	54,67	22	56,66
	Masculino	34	45,33	19	46,34
	Total (N)	75	100,00	41	100,00
Faixa Etária	≤ 63 anos	21	28,00	8	19,51
	64-72 anos	18	24,00	10	24,39
	73-81 anos	18	24,00	11	26,83
	+ 82 anos	18	24,00	12	29,27
	Total (N)	75	100,00	41	100,00
Fatores de Risco	Hipertensão Arterial	48	64	27	65,85
	Dislipidémia	43	57,33	24	58,54
	Diabetes Mellitus	20	26,67	12	29,27
	Hábitos Etílicos	20	26,67	10	24,39
	Hábitos Tabágicos	12	16	2	4,88
	Obesidade	55	73,33	31	75,61
	AVC prévio	16	21,33	0	0
Diagnóstico	AVC Isquémico Esquerda	23	30,67	12	29,27
	AVC Isquémico Direita	33	44	21	51,22
	AVC Vertebro-basilar	2	2,67	2	4,88
	AVC Hemorrágico	7	9,33	4	9,76
	AIT	10	13,33	2	4,88
	Total (N)	75	100,00	41	100,00

Classificação de Bamford	TACI	18	31,03	15	42,86
	PACI	14	24,14	8	22,86
	LACI	21	36,20	8	25,71
	POCI	5	8,62	3	8,57
	Total (N)	58	100,00	35	100,00
Escala de Coma de Glasgow	15	48	64	22	53,66
	14	17	22,67	13	31,71
	13	3	4	2	4,88
	12	3	4	1	2,44
	11	3	4	3	7,32
	7	1	1,33	0	0
Total (N)	75	100,00	41	100,00	
Índice de Barthel	Dependência Ligeira >90	1	1,33	0	0
	Dependência Moderada 55-90	30	40	13	31,71
	Dependência Grave < 55	44	58,67	28	68,29
	Total (N)	75	100,00	41	100,00

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA GRAVIDADE DA AFASIA ATRAVÉS DA ESCALA APHASIA RAPID TEST

Como referido anteriormente, a escala Aphasia Rapid Test avalia a gravidade da afasia. Procedemos de seguida à caracterização da afasia segundo os componentes avaliados pela escala.

Em relação à capacidade de os utentes cumprirem ordens simples, observou-se que 3 (7,32%) utentes não conseguiram cumprir nenhuma das duas ordens simples. Outros 3 (7,32%) utentes conseguiram executar uma ordem simples, enquanto os restantes utentes foram capazes de cumprir ambas as ordens simples. Já na realização de ordens complexas, 7 (17,07%) utentes conseguiram executar a ordem complexa, obtendo uma pontuação de 3. Por outro lado, 4 (9,76%) utentes conseguiram executar a ordem de forma parcial e 16 utentes (39,02%) necessitaram de repetição da ordem ou demoraram mais de 10 segundos para concluí-la.

Relativamente à repetição da palavra é solicitada a repetição de três palavras. Neste sentido, os resultados mostraram que 19 (46,34%) utentes conseguiram uma repetição perfeita para as três palavras. Os restantes utentes revelam palavras reconhecíveis, mas não perfeitas, ou não conseguiram repetir/palavras irreconhecíveis. Quanto há repetição da frase, 13 (31,71%) utentes conseguiram repetir a frase de forma reconhecível e 8 (19,51%) utentes não repetiu a frase ou a sua repetição foi irreconhecível.

Na avaliação da nomeação de objetos, é pedido ao utente a nomeação de três objetos, sendo atribuída uma pontuação de 0 a 2 pontos para cada palavra. Com base nos resultados, constatou-se que 18 (43,90%) utentes não apresentaram alterações neste parâmetro de avaliação, ou seja, conseguiram nomear os objetos corretamente, obtendo a pontuação máxima. Por outro lado, 10 (24,39%) utentes verbalizaram palavras reconhecíveis e os restantes, 10 (24,39%) utentes, apresentaram palavras irreconhecíveis na nomeação dos objetos.

No que diz respeito à avaliação da disartria, observou-se que 13 (31,71%) utentes revelam ter uma disartria mínima, 5 (12,20%) foram identificados com disartria moderada e 6 (14,63%) com disartria severa.

Por fim, na fluência verbal semântica é solicitado ao utente que diga o maior número de animais num minuto. De acordo com os resultados, apenas 2 (4,88%) utentes não apresentaram alterações neste parâmetro. A maioria dos utentes apresentou dificuldade nesta componente, onde 9 (21,95%) utentes obtiveram a pontuação mais alta, referindo apenas entre 0 a 2 animais.

Tabela 2 - Caracterização da gravidade da afasia através da Escala Aphasia Rapid Test

Escala Aphasia Rapid Test	Pontuação	n	%
Ordens simples	0	35	85,36
	1	3	7,32
	2	3	7,32
	Total (N)	41	100,00
Ordens complexas	0	14	34,15
	1	16	39,02
	2	4	9,76
	3	7	17,07
	Total (N)	41	100,00
Repetição da palavra	0	19	46,34
	1	2	4,88
	2	0	0,00
	3	11	26,83
	4	0	0,00
	5	0	0,00
	6	9	21,95
	Total (N)	41	100,00
Repetição da frase	0	20	48,78
	1	13	31,71
	2	8	19,51
	Total (N)	41	100,00
Nomeação de objetos	0	18	43,90
	1	0	0,00
	2	3	7,32
	3	10	24,39
	4	0	0,00
	5	0	0,00
	6	10	24,39
Total (N)	41	100,00	
Disartria	0	17	41,46
	1	13	31,71
	2	5	12,20
	3	6	14,63
	Total (N)	41	100,00
Fluência verbal semântica	0	2	4,88
	1	8	19,51
	2	15	36,59
	3	7	17,07
	4	9	21,95
	Total (N)	41	100,00

A pontuação da escala ART varia entre 0 e 26, quanto maior a pontuação maior a gravidade da afasia. De acordo com os dados apresentados na tabela 3, é possível observar que 17,08% dos indivíduos apresentam uma pontuação igual ou superior a 20 pontos, sendo que um deles apresenta pontuação máxima estabelecida pela escala ART. Por sua vez, mais de metade da amostra, equivalente a 24 (58,53%) utentes, revelou uma pontuação entre 1 a 10 pontos.

Tabela 3 - Pontuação final na Escala Aphasia Rapid Test

Pontuação Final	n	%
1	4	9,75
2	6	14,63
3	3	7,32
4	2	4,88
5	2	4,88
6	2	4,88
9	4	9,75
10	1	2,44
11	1	2,44
12	2	4,88
13	1	2,44
14	1	2,44
15	2	4,88
17	1	2,44
18	1	2,44
19	1	2,44
20	2	4,88
22	2	4,88
23	1	2,44
24	1	2,44
26	1	2,44
Total (N)	41	100,00

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente pesquisa baseou-se numa amostra constituída por 41 utentes (22 mulheres e 19 homens) que desenvolveram afasia após AVC e que não possuíam história de AVC prévio. A média de idades foi de 74,34 anos, sendo que o utente mais novo tinha 50 anos e o mais velho 97 anos.

Na amostra em estudo, o diagnóstico de AVC Isquémico foi o mais prevalente, correspondendo a 85,37% dos casos, equivalente a 35 utentes. O diagnóstico de AVC Hemorrágico apenas se confirmou em 4 (9,76%) utentes. Estes dados são corroborados pelo estudo pioneiro realizado em França em 2013 por Azuar, et al., com o objetivo de validar os parâmetros psicométricos da escala ART, no qual 87,91% apresentavam AVC Isquémico e por Panebianco, et al., (2019), no estudo para tradução e validação da escala ART para a população italiana, revelou que o AVC Isquémico foi o diagnóstico mais prevalente, ocorrendo em 88,46% dos casos. Também a Direção Geral de Saúde (2017), segundo os dados entre 2013-2015, aponta uma maior prevalência de AVC Isquémico.

Segundo um estudo realizado por Hersh, Godecke, Armstrong, Ciccone, & Bernhardt, (2016) a equipa de enfermagem é o parceiro de comunicação mais frequente, depois dos seus familiares, para as pessoas hospitalizadas após um AVC, desempenhando um papel essencial na equipa multidisciplinar. Este estudo sugere que os enfermeiros, cumprindo o seu papel como parceiros de comunicação fundamentais no serviço de Unidade de AVC, podem ajudar a identificar estratégias de comunicação mais eficazes nas suas rotinas diárias de cuidados.

Ao adotar uma abordagem proativa, os enfermeiros de reabilitação podem desempenhar um papel fundamental na maximização do potencial de recuperação do utente, garantindo que ele recebe os cuidados necessários de forma oportuna e abrangente.

É amplamente reconhecido que a gravidade da afasia inicial é considerada o principal preditor clínico do prognóstico das funções da linguagem (Cloutman, Newhart, Davis, Heidler Gary, & Hillis, 2009). Tábuas Pereira, et al., (2018) sugerem que a pontuação final no primeiro dia de aplicação da escala ART aparenta ter maior poder prognóstico. Noutro estudo publicado em 2019 pelos mesmos autores, estes referem existir algumas razões pelas quais a repetição pode ser um bom marcador de prognóstico da afasia. Em primeiro lugar, como está comprometida tanto nas afasias anteriores quanto nas posteriores, pode ser sensível ao comprometimento da maioria dos utentes afásicos.

Portanto, a preservação da repetição pode ser um marcador de bom prognóstico, permitindo a aprendizagem futura. Com base nesta afirmação, pode-se concluir que os utentes que não apresentarem alterações significativas na repetição durante a avaliação da gravidade da afasia tem um prognóstico mais favorável podendo alcançar uma recuperação funcional significativa ao longo do tempo.

De acordo com o estudo realizado para esta investigação observamos que 19 (46,34%) utentes não apresentaram alterações no subteste da repetição da palavra e 13 (31,71%) utentes foram capazes de repetir palavras de forma reconhecível. Em relação à repetição da frase, observamos que 20 (48,78%) dos utentes não apresentaram dificuldade na sua repetição, e 13 (31,71%) utentes conseguiram repetir a frase de forma reconhecível. Isto sugere que grande parte dos utentes presentes neste estudo apresentam um bom prognóstico em relação à afasia, possibilitando uma recuperação funcional significativa ao longo do tempo. O EEER desempenha um papel fundamental no processo de recuperação de um utente com dificuldade na repetição de palavras/frases. Este apresenta conhecimento para a elaboração e implementação de um plano de reabilitação personalizado, estimulando e desenvolvendo novamente a capacidade de repetição visando a melhoria contínua do utente, superando as suas dificuldades de comunicação no decorrer do tempo.

Relativamente à pontuação final, verificamos que apenas um utente apresenta a pontuação máxima da escala ART significando um maior grau de gravidade de afasia. É importante destacar uma limitação desta escala, ela não fornece uma caracterização qualitativa da gravidade da afasia, não nos dando informações referentes a graus de afasia, como leve, moderada ou grave. Este facto pode representar um aspeto relevante no momento da implementação de um plano de enfermagem de reabilitação.

Nesta amostra, a pontuação média final no momento da admissão é de 9,35 pontos. Num estudo conduzido em Itália, no qual a escala foi aplicada por dois observadores no primeiro dia de admissão, foi demonstrado que o avaliador 1 obteve uma pontuação média final de 9,38 pontos, enquanto o avaliador 2 obteve uma pontuação média final de 9 pontos (Panebianco, et al., 2019). Em contrapartida, Azuar, et al, em 2013, apresentaram como valor mediano da escala ART para o primeiro avaliador de 13,4 pontos e para o segundo avaliador 13,49 pontos. Esta diferença nas pontuações pode ser atribuída a diversas razões, tais como, as diferenças das características da amostra ou as variações nas interpretações dos itens da escala por parte dos avaliadores.

Durante a realização deste estudo, a aplicação da escala Aphasia Rapid Test foi feita exclusivamente pelo investigador principal no momento da sua prática profissional, não havendo diferenças na interpretação dos itens da escala. A avaliação da gravidade da afasia foi realizada nas primeiras 24 horas após a admissão no serviço UAVC. É importante ressaltar que, em muitos casos, as diferenças nos resultados podem justificar-se pelo momento em que a escala foi aplicada, pelas preocupações do utente e o seu nível de consciência, pela medicação administrada e pelo ambiente envolvente. Estes fatores podem influenciar os resultados obtidos, tornando necessário considerar estas variáveis na interpretação dos dados.

Perante os objetivos propostos para este estudo de investigação, é essencial focarmo-nos nos subtestes incluídos na escala Aphasia Rapid Test. Os subtestes são componentes específicos da escala que avaliam os diferentes aspetos da linguagem, como a compreensão, repetição, nomeação, disartria e fluência verbal. Cada subteste fornece informações importantes sobre as capacidades do utente com afasia.

Com base na avaliação da execução de ordens simples, é possível concluir que 35 (85,36%) utentes não apresentam dificuldade no seu cumprimento. Os restantes apenas cumprem uma ordem simples ou não cumprem nenhuma das ordens simples. Perante a avaliação das ordens complexas, mais de 1/3 da população necessita da repetição da ordem complexa ou a executa em mais de 10 segundos. É importante realçar que 17,07%, que corresponde a 7 utentes, não conseguiram cumprir a ordem complexa. Concluimos que, se observamos no conjunto a execução de ordens (simples e complexas), 35 (85,36%) utentes conseguem executar ordens simples, mas apenas 14 (34,15%) utentes cumprem ordem complexas.

Quando é solicitado ao utente para a repetição de palavra, segundo esta escala são avaliadas 3 palavras com uma pontuação para cada de 0 a 2 pontos. Dos 41 utentes apenas 19 (46,34%) conseguiram repetir perfeitamente a palavra, enquanto 11 (26,83%) utentes utilizam palavras reconhecíveis e 9 (21,95%) utentes verbalizaram palavras irreconhecíveis ou não repetiram. Após a repetição da frase, apercebemo-nos que 20 (48,78%) utentes repetiram a frase de forma perfeita e em comparação com a repetição da palavra apenas 19 (46,34%) utentes o fizeram. Esta discrepância nos resultados pode ser atribuída a vários fatores, como a atenção e motivação do utente no momento da avaliação, o nível de fadiga do utente, o ambiente envolvente e as circunstâncias em que a escala foi aplicada.

Ao avaliar a nomeação de objetos, verificamos que 18 (43,90%) dos utentes não apresentaram dificuldades na nomeação dos três objetos solicitados. Em contrapartida, 10 (24,39%) utentes nomearam os objetos de forma reconhecível e com a mesma percentagem de utentes (24,39%) utilizaram palavras irreconhecíveis.

Na avaliação da disartria, a escala ART é atribuída uma pontuação de 0 a 3. Na nossa amostra verificámos que 24 (58,54%) utentes apresentam disartria, sendo que 6 (14,63%) utentes apresentaram disartria severa.

Por fim, no parâmetro da fluência verbal semântica é pedido ao utente que diga o maior número de animais que se lembre num minuto. Apuramos que apenas 2 (4,88%) utentes conseguiram uma pontuação igual a zero, ou seja, conseguiram dizer mais de 15 animais. A maioria dos utentes, 15 (36,59%), referiram entre seis a dez palavras.

Em resumo e de acordo com os dados sobre o uso da escala Aphasia Rapid Test para a avaliação da gravidade da afasia nos utentes, observou-se que a fluência verbal semântica foi o subteste mais afetado, com cerca de 39 (94,12%) dos utentes, seguida da execução de ordens complexas em 27 (65,85%) dos utentes. A disartria foi observada em 24 (58,54%) dos utentes. Aproximadamente 56,1% dos utentes tiveram dificuldade na nomeação de objetos. Além disso, mais de 50% dos utentes demonstraram dificuldade na repetição de palavras/frases. O subteste em que os utentes obtiveram melhores resultados foi na execução de ordens simples, apenas 14,64% apresentando alterações no cumprimento das mesmas, equivalente a 6 utentes.

A afasia é uma condição que pode apresentar mudanças na gravidade ao longo do tempo após um acidente vascular cerebral. Alguns estudos têm analisado essas mudanças nos utentes com afasia na fase mais precoce após o acidente vascular cerebral. Num estudo de coorte de 41 utentes com afasia relacionada ao acidente vascular cerebral, foram avaliadas as componentes de nomeação, leitura e repetição nas primeiras 24 horas, 48 horas e 7 dias após o AVC, foi observado que 61% dos utentes mostraram melhoria geral na afasia (Furlanis, et al., 2018).

Dado o impacto da afasia na qualidade de vida e na reabilitação pós-AVC, é essencial identificar precocemente a presença de afasia em utentes após AVC, uma vez que isso permite orientações adequadas e intervenções precoces, visando melhorar a sua qualidade de vida, capacitando-os para as atividades de vida diária e maximizando os resultados de um plano de enfermagem de reabilitação pós-AVC.

Alguns autores sugerem os benefícios de iniciar a terapia o mais cedo possível. Portanto, testar a afasia na fase aguda do AVC pode ser útil para planejar uma terapia de linguagem em tempo útil (Furlanis, et al., 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel crucial neste processo, fornecendo suporte, orientação e acompanhamento contínuo ao utente, à família e à equipa multidisciplinar envolvida na reabilitação.

6. PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Após o enquadramento teórico e a discussão dos resultados deste estudo, surge a oportunidade de cumprir o objetivo geral proposto para esta investigação, definição de um plano de intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC.

O plano de cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser flexível e adaptado às mudanças das carências do utente ao longo do tempo, visando a recuperação progressiva e a reintegração bem-sucedida no seu dia-a-dia.

O plano de intervenção de enfermagem de reabilitação para uma pessoa com afasia após um AVC requer uma abordagem personalizada e adaptada às necessidades individuais. Para iniciar, é importante criar um ambiente tranquilo e livre de ruídos que possa ajudar a captar a atenção do utente durante a comunicação; encorajar todas as tentativas de verbalização, mesmo que as palavras utilizadas sejam inadequadas e usar uma linguagem clara, calma e pausadamente para facilitar a compreensão por parte do utente. É fundamental fornecer apoio emocional ao utente e à família, pois a afasia tem um impacto significativo na qualidade de vida e na interação social. É importante a família ser parte integrante do processo de reabilitação.

Como plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, proponho a implementação de estratégias e técnicas específicas para a reabilitação da pessoa com afasia após AVC:

1. Foco de Enfermagem: Comunicação comprometida/Afasia
2. Instrumentos de apoio à tomada de decisão:
 - 2.1. Avaliar a gravidade da afasia segundo a escala Aphasia Rapid Test;
3. Diagnóstico: Comunicação Comprometida; Potencial para melhorar o conhecimento sobre comunicação comprometida; Potencial para melhorar a capacidade de comunicar;
4. Intervenções de enfermagem de reabilitação:
 - 4.1. Consciencializar sobre a comunicação comprometida:

- 4.1.1. Estabelecer metas com o utente e família, tendo em consideração as limitações e potencialidades individuais;
- 4.2. Ensinar sobre comunicação comprometida;
- 4.3. Incentivar a pessoa a comunicar (dar tempo ao utente para se expressar);
- 4.4. Ensinar sobre exercícios para melhorar a comunicação;
- 4.5. Instruir sobre exercícios para melhorar a comunicação;
- 4.6. Ensinar sobre estratégias compensatórias para a comunicação comprometida;
- 4.7. Instruir sobre estratégias compensatórias para a comunicação comprometida;
- 4.8. Treinar o discurso fluente;
- 4.9. Instruir técnicas de discurso fluente;
- 4.10. Ensinar técnicas de discurso fluente;
- 4.11. Treinar a compreensão:
 - 4.11.1. Realizar perguntas simples com respostas simples (“sim” ou “não”);
 - 4.11.2. Realizar exercícios de compreensão auditiva, como seguir instruções simples “feche os olhos”, “abra a boca” e instruções complexas “dê-me a sua mão direita”, “com a mão direita, toque no ombro esquerdo”;
- 4.12. Ensinar sobre exercícios para melhorar a compreensão;
- 4.13. Instruir sobre exercícios para melhorar a compreensão;
- 4.14. Treinar a Repetição:
 - 4.14.1. Realizar exercícios de repetição de palavras “gato”, “bola”, “tarte” e repetição da frase “eu cheguei a casa após o trabalho”, começando com palavras simples e avançando para frases mais complexas;
 - 4.14.2. Encorajar o utente a praticar a repetição em diferentes contextos e situações do dia a dia;
- 4.15. Ensinar sobre exercícios para melhorar a repetição;
- 4.16. Instruir sobre exercícios para melhorar a repetição;

- 4.17. Treinar a Nomeação:
 - 4.17.1. Realizar exercícios de nomeação de objetos, começando com objetos familiares (“copo”, “tesoura” e “relógio”) avançando para objetos menos familiares;
 - 4.17.2. Utilizar imagens visuais para auxiliar o utente na nomeação correta.
 - 4.17.3. Implementar estratégias de categorização, pedindo ao utente para nomear objetos de uma determinada categoria (por exemplo, animais, frutas, objetos domésticos).
- 4.18. Ensinar sobre exercícios para melhorar a nomeação;
- 4.19. Instruir sobre exercícios para melhorar a nomeação;
- 4.20. Treinar técnica de treino de discurso:
 - 4.20.1. Treinar exercícios musculares da face (sorrir, assobiar, mostrar os dentes, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior, colocar a língua de fora, tocar com a língua na face interna da cavidade oral direita e esquerda alternadamente, tocar com a língua no palato);
 - 4.20.2. Executar técnica de treino de discurso com a descrição de uma imagem;
 - 4.20.3. Providenciar dispositivos auxiliar como os sistemas de comunicação aumentativa e complementar (objetos, imagens, escrita, tecnologia);
- 4.21. Ensinar sobre exercícios para melhorar o discurso;
- 4.22. Instruir sobre exercícios para melhorar o discurso;
- 4.23. Treinar a fluência verbal:
 - 4.23.1. Nomear o maior número possível de palavras numa determinada categoria (por exemplo, animais, frutas, profissões) por um período;
 - 4.23.2. Encorajar o utente a praticar a fluência verbal em situações do dia a dia, como descrever objetos, contar histórias ou participar de conversas informais.
- 4.24. Ensinar sobre exercícios para melhorar a fluência verbal;

- 4.25. Instruir sobre exercícios para melhorar a fluência verbal;
 - 4.26. Treinar a escrita (escrever o seu nome e de seguida frases mais complexas);
 - 4.27. Ensinar estratégias de comunicação não verbal (“pisar os olhos”, “sinais com as mãos”)
 - 4.28. Ensinar o prestador de cuidados sobre comunicação comprometida;
 - 4.29. Instruir o prestador de cuidados sobre técnicas de para melhorar a comunicação;
5. Resultados positivos: Comunicação não Comprometida; Conhecimento sobre comunicação comprometida; Capacidade para comunicar;

7. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Com base nos resultados obtidos, a amostra deste estudo era constituída principalmente por pessoas do género feminino, sendo que o diagnóstico mais comum foi o AVC Isquémico.

No que diz respeito à gravidade da afasia na pessoa após AVC, concluímos que a avaliação realizada no momento da admissão fornece um prognóstico sobre a evolução do utente. Após a aplicação da escala ART, no subteste da fluência verbal semântica, os utentes enfrentaram maiores dificuldades. Em contrapartida, na execução das ordens simples, os utentes demonstraram melhores resultados na escala ART.

A preservação da repetição é um marcador de bom prognóstico da afasia. Após a avaliação do subteste da repetição da palavra/frase, verificámos que grande parte dos utentes presentes neste estudo apresentam um bom prognóstico em relação à afasia, permitindo uma recuperação funcional importante ao longo do tempo.

É importante mencionar que a escala ART foi aplicada apenas no momento de admissão do utente. Seria benéfico a sua aplicação em momentos consecutivos para acompanhar a progressão da gravidade da afasia ao longo do tempo. Desta forma, seria possível obter uma compreensão mais abrangente e precisa da evolução da gravidade afasia na pessoa com AVC, permitindo uma avaliação mais completa e uma intervenção de reabilitação mais direcionada. A aplicação da escala em diferentes momentos forneceria informações importantes sobre a resposta do utente ao plano de enfermagem de reabilitação e ajudaria a adaptar estratégias terapêuticas de acordo com as alterações das suas necessidades.

A contribuição do enfermeiro de reabilitação na pessoa com afasia após AVC é de extrema importância. A deteção precoce da afasia e a avaliação da sua gravidade, utilizando instrumentos de avaliação como a escala Aphasia Rapid Test é importante para estabelecer o diagnóstico e iniciar o mais precocemente um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A escala ART apresenta características importantes na sua constituição. Esta pode ser aplicada em qualquer ambiente onde o utente se encontre, é uma avaliação rápida e pode ser especialmente útil na fase aguda, quando os utentes não apresentam condições clínicas

para participar em testes mais complexos. No entanto, a falta de uma caracterização da escala de forma qualitativa, classificando-a por níveis (leve, moderada e grave) é uma limitação da mesma. Futuramente, a sua caracterização qualitativa poderia ser uma contribuição valiosa para a implementação de um plano de cuidados enfermagem de reabilitação mais direcionado às necessidades individuais dos utentes.

Apesar da relevância deste tema, persiste o desafio em desenvolver evidências direcionadas para os cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoa com afasia após AVC, com o objetivo de expandir conhecimento nesta área e melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos utentes. Isto ocorre devido há escassez de artigos científicos que abordam esta problemática, sendo que a maioria da evidência científica encontrada são orientações para os terapeutas da fala. A falta de artigos científicos direcionadas para a enfermagem de reabilitação tornou-se uma limitação para este estudo.

Outra limitação do estudo, é o tamanho da nossa amostra, apenas de 41 utentes, o que limita a generalização dos resultados para outras realidades. Além disso, uma outra limitação a ser mencionada é a falta de avaliação da leitura e escrita, que são funções essenciais da linguagem.

Por fim, a problemática abordada nesta investigação deve ser alvo de estudo adicionais, e é recomendável a inclusão de um maior número de pessoas com afasia após AVC, permitindo obter uma compreensão mais abrangente e sólida dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Em suma, considera-se que os objetivos propostos no início do estudo foram alcançados com elevado rigor, e este estudo contribui positivamente para a investigação científica. É importante destacar que a realização deste trabalho de investigação também se reflete de forma benéfica para o desenvolvimento profissional e pessoal da investigadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, V., & Rofes, A. (2018). *Afásias Não Fluente. Da Abordagem Clássica à Psicolinguística*.
- American Heart Association. (2014). *Understanding stroke risk*.
- American Speech-Language Hearing Association. (2016). Washington: Asha.
- American Stroke Association. (2016). *Types of Stroke and Treatment*.
- Aminof, M. (2008). Acidentes Vasculares Cerebrais. Em *Neurologia Clínica, 5ª edição* (pp. 346-386). ArtMed Editora.
- Ardila, A. (2010). *A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes*.
- Austin, J., Williams, R., Ross, L., Moseley, L., & Hutchison, S. (2005). Randomized controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*.
- Australian Aphasia Rehabilitation Pathway . (2014). *Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements*.
- Azuar, C., Leger, A., Arbizu, C., Henry-Amar, F., Chomel-Guillaume , S., & Samson, Y. (2013). Journal of Neurology. *The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test*.
- Branco, T., & Guerreiro, D. (2011). A pessoa afásica e a reabilitação. *Enformação*, pp. 10-15.
- Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: O cérebro ao serviço do comportamento humano*.
- CIPE. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2. Ordem dos Enfermeiros.
- Clarke, P., & Nieuwenhuijsen, E. R. (2009). *Environments for health ageing: A critical review*.

- Cloutman, L., Newhart, M., Davis, C., Heidler Gary, J., & Hillis, A. (2009). Disability Rehabilitation. *Acute recovery of oral word production following stroke: patterns of performance as predictors of recovery.*
- Coelho, M. (2015). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros.
- Conklyn, D., Novak, E., Boissy, A., Bethoux, F., & Chemali, K. (2012). The effects of modified melodic intonation therapy on nonfluent aphasia: A pilot study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.*
- Cordeiro, M. D., & Menoita, E. C. (2012). *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA - Conceitos, Princípios e Técnicas.* Loures: Lusociência.
- Couto, G., Silva, R., Maria João, d., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. Em *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas.*
- Direção Geral de Saúde. (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação . *Norma da Direção Geral de Saúde.*
- Direção Geral de Saúde. (2016). Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015.
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.
- Fawcus, R. (2000). *Stroke rehabilitation - A collaborative approach.*
- Furlanis, G., Ridolfi, M., Polverino, P., Menichelli, A., Caruso, P., Naccarato, M., . . . Paolo, M. (2018). Early Recovery of Aphasia through Thrombolysis: The Significance of Spontaneous Speech. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, Vol.27, 1937-1948.*
- Galamba, S. (s.d.). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa com Doença Neurológica com Alterações da Comunicação.*
- Gonçalves, D. M. (2008). A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada. Lisboa.

- Hersh, D., Godecke, E., Armstrong, E., Ciccone, N., & Bernhardt, J. (2016). "Ward talk": Nurses' interaction with people with and without aphasia in the very early period poststroke. *Aphasiology*.
- Hoeman, S. (2011). Soc. Port. de Material Didáctico. Em *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ªed. . Lisboa: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Instituto Nacional de Estatística*.
- Instituto Português da Afasia. (2016). Em *Sobre a Afasia*. Matosinhos.
- Johansson, M. (2012). *Aphasia and communication in every day life – experiences of persons with afasia, significant others, and speech-language pathologists*. Uppsala University.
- José, H., & Sousa, L. (2021). Questões Epistemológicas em Enfermagem para a Concepção e Integração dos Cuidados. Em C. Marques-Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds);. *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda*.
- Kirca, N., & Bademli, K. (2019). *Relationship between communication skills and care behaviors of nurses*.
- Kisper, C., & Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise. Foundations and Techniques*.
- Kumakura, A. d., Bezutti, L. M., Silva, J. L., & Gasparino, R. C. (2019). Functional and self-care capacity of people with multiple sclerosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Kumar S. Selim , M. (2010). Lancet Neurol. Em *Medical Complications after Stroke*.
- LittleJohn, S., & Foss, K. (2008). Theories of Human Communication. Em *Belmont: Thomson Wadsworth*.
- Magalhães, C. (2018). Afasias Fluentes. *Afasia e comunicação após lesão cerebral*.
- Matos, M. (2012). Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses. Aveiro.

- Meleis, A., & et al. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle - range theory. Advances in Nursing Science.*
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice.*
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.
- Meschia, J., Klaas, J. P., Brown Jr, R. D., & Brott, T. G. (2017). *Evaluation and Management of Atherosclerotic Carotid Stenosis .*
- Nasios, G., Dardiotis, E., & Messinis, L. (2019). From Broca and Wernicke to the Neuromodulation Era: Insights of Brain Language Networks for Neurorehabilitation.
- Nunes, M. (2014). Em s. a. Via Verde AVC: Análise Processual.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação.* Obtido de Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Comparticipação pela ADSE de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Reabilitação. Em *Cadernos OE.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República. *Regulamento n°392/2019 da Ordem dos Enfermeiros.*
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice. p. 43.
- Panebianco, M., Zavanone, C., Dupont, S., Perrone, P., Pavone, A., Napolitano, S., . . . Samson, Y. (Janeiro de 2019). *The inter-rater reliability of the Italian version of Aphasia Rapid Test (ART) for acute ischemic stroke.*

- Panhoca, I., & Rodrigues, A. N. (2009). *Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de afásicos*.
- Parada, F., & Pereira, C. (2003). *Da imobilidade ao condicionamento ao esforço; Imobilidade - bases fisiopatológicas*.
- Pereira, M. T., Coelho, J. B., Ribeiro, J., Nogueira, A. R., Cruz, L., Silva, F., . . . Santana, I. (2019). Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. *Single Word Repetition Predicts Long-Term Outcome of Aphasia Caused by an Ischemic Stroke*.
- Poslawsky, I., Schuurmans, M., & Hafsteinsdottir, T. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with afasia. Em *Journal of Clinical Nursing*. N°19.
- Ricardo, R. (Julho de 2012). Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Dissertação de Mestrado. *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*.
- Sá, M. (2009). Neurologia clinica, Compreender as Doenças Neurológicas. Em *Edições Universidade Fernando Pessoa*.
- Salgueiro, H. (2011). Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. Em *Revista Sinais Vitais*. Coimbra.
- Santos, R. M. (2013). *Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após AVC*.
- Santos, L. L. (2017). O Processo de Reabilitação in Marques-Vieira, C. e Sousa L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*.
- Silva, D. M., & Silva, E. V. (2016). Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Journal of Education, Technologies and Health*.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*.

- Tábuas Pereira, M., Freitas, S., Beato Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., . . . Santana, I. (Maio de 2018). *Aphasia Rapid Test: Estudos de Tradução, Adaptação e Validação para a População Portuguesa*.
- Tissot, A. (1986). *Reeducação do Afásico Adulto*.
- Vance, D., & Wright, M. (2009). Positive and negative neuroplasticity: implications for age-related cognitive decline. . *Journal of Gerontological Nursing*.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). *Treino de Atividades de Vida Diária in Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*.
- Ward, A. (2012). A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity. *European Journal of Neurology*.

ANEXOS

**ANEXO I: OBJETIVOS DE ESTÁGIO - UCC CUIDAR MONDIM - ECCI DE
MONDIM DE BASTO**



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ANO LECTIVO 2022/23

2ºano/1ºsemestre

Opção 2

Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação

Objetivos de Estágio de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

UCC CUIDAR MONDIM - ECCI de Mondim de Basto

Trabalho realizado por:

Justine Cardoso, a33563

Mondim de Basto, outubro de 2022

Introdução

No âmbito da unidade curricular Opção 2 – Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança, surge a sua realização no ACES do Alto Ave na UCC Cuidar Mondim - ECCI de Mondim de Basto. Este decorrerá no período de 17 de Outubro a 25 de Novembro, com uma carga horária de 105h em contexto clínico, sob orientação da Enfermeira Especialista Sónia Carvalho e sob a orientação pedagógica da Docente Eugénia Mendes. O presente documento consiste na definição dos objetivos individuais de estágio a que me proponho atingir na UCC Cuidar Mondim - ECCI de Mondim de Basto.

OBJETIVOS INDIVIDUAIS DE ESTÁGIO

OBJETIVO GERAL

- Desenvolver conhecimentos e competências, saberes teórico-práticos de forma a potenciar a promoção da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos de intervenção necessários para a prestação de cuidados de enfermagem especializados;
- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as necessidades humanas, família, processos de vida e problemas de saúde;
- Promover a tomada de decisões que orientem um exercício profissional autónomo baseado em evidências científicas e nos referenciais éticos e deontológicos.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Conhecer a estrutura física, os recursos disponíveis, a sua equipa e dinâmica da ECCI de Mondim de Basto:
 - Conhecer a estrutura física do serviço;
 - Conhecer a equipa multidisciplinar e a dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem de reabilitação;
 - Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário;
 - Compreender o processo de articulação dos utentes e o seu encaminhamento entre as equipas de referência da RNCCI;
 - Acompanhar a equipa de enfermagem de reabilitação na visita domiciliária e na prestação de cuidados à pessoa com incapacidade e cuidador informal;
 - Identificar os diferentes materiais de apoio utilizados em contexto domiciliário;

- Consultar as normas, procedimentos e protocolos existentes no serviço;
2. Desenvolver competências comportamentais de promoção da imagem do enfermeiro de reabilitação:
 - Demonstrar interesse, iniciativa e responsabilidade;
 - Estabelecer uma comunicação eficaz, uma relação de empatia e confiança com a equipa, utente/cuidador informal;
 - Refletir acerca do meu processo de aprendizagem e de desempenho ao longo do estágio.
 3. Desenvolver competências na promoção à mobilidade, acessibilidade e participação social à pessoa com incapacidade e família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica;
 - Identificar e otimizar as barreiras arquitetónicas;
 4. Identificar focos e formular diagnósticos de enfermagem à pessoa com incapacidade e família:
 - Participar no processo de admissão do utente e posteriormente realizar os registos de enfermagem no SCLinico e no aplicativo da RNCCI - GestCARE.
 - Avaliar a capacidade funcional da pessoa para a realização das atividades de vida diária (AVD), utilizando escalas e instrumentos de medida;
 - Identificar as necessidades da pessoa a nível motor, sensorial, cognitivo e do sistema cardiorrespiratório de forma a otimizar e/ou reeducar a função;
 - Avaliar a capacidade da pessoa/cuidador informal na colaboração do plano de reabilitação e os fatores que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;
 5. Planear intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incapacidade e família:
 - Discutir as práticas de risco com a pessoa/cuidador informal e selecionar intervenções para o aumento da autonomia da pessoa;
 - Selecionar intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar um plano de reabilitação em contexto domiciliário;
 - Avaliar e reformular as intervenções implementadas de acordo com os resultados obtidos.
 6. Executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com incapacidade e família:
 - Explicar os procedimentos ao utente/cuidador informal sobre os cuidados prestados e sua finalidade;

- Executar os cuidados de enfermagem com rigor técnico e científico;
 - Implementar planos de reeducação funcional respiratória; reeducação funcional motora, sensitiva e cognitiva; reeducação alimentar e na eliminação;
 - Implementar planos de treino específico e individualizado visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;
 - Selecionar os produtos de apoio de acordo com as necessidades da pessoa com incapacidade;
 - Realizar ensinamentos à pessoa/cuidador informal relativos à autogestão da doença, autocuidado e aquisição de hábitos de vida saudável.
7. Avaliar os resultados de enfermagem decorrentes do processo de cuidados à pessoa com incapacidade e família:
- Analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas;
 - Garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem, efetuando os registos de enfermagem no SCLinico e no aplicativo da RNCCI – GestCARE e o agendamento de nova visita domiciliária.
8. Incorporar os valores éticos e princípios deontológicos no processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.
 - Garantir a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa;
 - Assegurar a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional;
 - Assegurar o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas da pessoa;

ANEXO II: OBJETIVOS DE ESTÁGIO - UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIARIA (UHD)/ UNIDADE MÓVEL DE APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD)

Objetivos de estágio do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIARIA (UHD)/ UNIDADE MÓVEL DE
APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD)

Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

2ºano/1ºsemestre

Ano letivo 2022/2023

Opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação
(Opção 2)

Realizado por:
Justine Cardoso, a33563

Introdução

No âmbito da unidade curricular Opção 2 (opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, surge a sua realização no serviço Unidade de Hospitalização Domiciliar (UHD)/ Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) do Hospital da Senhora da Oliveira (HSO), Guimarães. Este decorrerá no período de 16 de janeiro a 23 de fevereiro, com uma carga horária de 105h em contexto clínico, sob tutoria do Enfermeiro Especialista Rui Hélder Ribeiro e sob a orientação pedagógica da Docente Professora Eugénia Mendes.

O presente documento visa cumprir a definição dos objetivos específicos e individuais de estágio a que me proponho atingir.

Objetivos de estágio

Objetivos Gerais:

- Desenvolver conhecimentos e competências, saberes teórico-práticos de forma a potenciar a promoção da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos de intervenção necessários para a prestação de cuidados de enfermagem especializados;

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as necessidades humanas, processos de vida e problemas de saúde;

- Promover a tomada de decisões que orientem um exercício profissional autónomo baseado em evidências científicas e nos referenciais éticos e deontológicos.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a estrutura física, dinâmica e funcionamento da equipa da UHD/UMADdo HSO, Guimarães;
- Conhecer os recursos materiais existentes na UHD/UMADdo HSO, Guimarães;
- Consultar as normas, procedimentos e protocolos existentes no serviço;
- Compreender o processo de referenciação de um utente para a UHD/UMADdo HSO, Guimarães;
- Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário nas diferentes áreas do funcionamento da UHD/UMADdo HSO, Guimarães;
- Acompanhar a equipa de enfermagem de reabilitação na visita domiciliária e na prestação de cuidados à pessoa com incapacidade e família/cuidador;
- Participar com a equipa multidisciplinar na tomada de decisões sobre o processo de cuidados de reabilitação do utente e família/cuidador;
- Desenvolver uma prática segura em ambiente seguro;
- Desenvolver competências na promoção à mobilidade, acessibilidade e participação social ao utente com incapacidade e família/cuidador;
- Avaliar a capacidade funcional da pessoa para a realização das atividades de vida diária (AVD), com recurso a escalas e instrumentos de medida;
- Identificar as necessidades da pessoa a nível motor, sensorial, cognitivo e do sistema cardiorrespiratório de forma a otimizar e/ou reeducar a função;

- Realizar um estudo de caso e plano de reabilitação individualizado de um utente;
- Implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação específicos e individualizados visando a maximização da autonomia e qualidade de vida do utente;
- Instruir o utente e família/cuidador de forma a dar continuidade ao plano de reabilitação instituído na ausência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Realizar ensinamentos ao utente e à família/cuidador relativos ao autocuidado maximizando as capacidades funcionais do utente;
- Avaliar os resultados de enfermagem de reabilitação, com recurso à aplicação de escalas decorrentes do plano de cuidados instituído ao utente;
- Realizar registos de enfermagem de reabilitação no SClínico de modo a produzir indicadores de saúde;
- Incorporar os valores éticos e princípios deontológicos no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Realizar um folheto sobre Insuficiência Cardíaca, com estratégias de melhoria da qualidade de vida do utente (estratégias de conservação de energia);
- Participar no planeamento da alta de um utente, referência e articulação com outras instituições de saúde, de forma a garantir a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Prosseguir com o projeto: dotações seguras em enfermagem de reabilitação em UHD;
- Ensinar e supervisionar/treinar a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa;
- Identificar e otimizar barreiras arquitetónicas no domicílio;
- Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social do utente.

ANEXO III: ESTUDO DE CASO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

ESTUDO DE CASO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**Unidade de Hospitalização Domiciliar (UHD)/ Unidade
Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) /**

Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

2ºano/1ºsemestre

Ano letivo 2022/2023

Opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação (Opção 2)

Realizado por:

Justine Cardoso, 33563

LISTA DE ABREVIATURAS

CPAP- Continuous Positive Airway Pressure

DCI – Doença Cardíaca Isquêmica

DIB - Disposable Infusion Balloon

DM - Diabetes Mellitus

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG – Eletrocardiograma

FVE– Fração do Ventrículo Esquerdo

FEJ – Fração de Ejeção

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

HSO – Hospital da Senhora da Oliveira

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

mMRC - Modified Medical Research Council Dyspnea Scale

MLFHQ - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliar

UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

SAOS - Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SPPB - Short Physical Performance Battery

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

Índice

Introdução	4
História Clínica	5
Exame Físico.....	7
1. Escala de Coma de Glasgow	8
2. Escala da numérica da Dor.....	8
3. Índice de Barthel	9
4. Escala da Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council).....	10
5. Escala de Berg.....	10
6. Escala de Morse	15
7. Short Physical Performance Battery.....	15
8. Escala de Percepção de Esforço de Borg (Dispneia)	16
9. Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Questionário mMRC).....	16
10. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	17
11. APGAR Familiar	17
Plano de Cuidados.....	18
Plano de Reabilitação	23
Conclusão	26
Bibliografia	27

Introdução

No âmbito da unidade curricular, opção de estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação (Opção 2) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no serviço Unidade de Hospitalização Domiciliária / Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UHD/UMAD) do Hospital da Senhora da Oliveira em Guimarães, foi proposto a realização de um estudo de caso de um utente à minha escolha.

A minha escolha recaiu num utente que foi admitido na UMAD com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca.

Para a realização deste estudo de caso recolhi informação pertinente relativa ao internamento, antecedentes pessoais, medicação instituída para o domicílio e características do domicílio. De seguida para avaliação do utente recorri a aplicação de escalas próprias e validadas pela Ordem dos Enfermeiros de forma a caracterizar as necessidades do utente e implementar um plano de reabilitação e respetivos ensinamentos com o objetivo de maximizar a autonomia do utente. Todo este procedimento foi feito com o consentimento informado da utente.

História Clínica

Nome: A.N.F.

Idade: 75 anos

Género: Feminino

Profissão: Reformada

Antecedentes pessoais:

- Cardiopatia isquémica com DCI de 3 vasos conhecida desde 2013, não passível de revascularização;
- Múltiplos internamentos por EAM, IC e EAP hipertensivo com deterioração da FVE que atualmente se encontra moderada a gravemente deprimida com Fej 35%;
- FRCV: HTA; Dislipidemia, DM tipo 2; Obesidade; Hiperuricemia;
- Hipotireoidismo;
- Doença de Parkinson;
- Paresia facial periférica (superior e inferior) a esquerda sequelar;
- SAOS, sob CPAP no domicílio.

Medicação habitual:

Eliquis 2.5 mg 1+0+1	Levotiroxina 0.125 mg 1+0+0
Pantoprazol 40 mg 1+0+0	Alopurinol 100 mg 1+0+0
Atorvastatina 80 mg 0+0+1	Trilicity 1.5mg 1x/semana
Ezetimib 10 mg 0+0+1	Insulina glargina 32U as 8h
Furosemida 40 mg 2+2+1	Nitroglicerina 10 mg 22h-8h
Dapaglifozina 10 mg 1+0+0	Madopar 200+50nmg 1+0+1
Carvedilol 6.25 mg 1.5+0+1.5	Brometo de ipatrotropio 1+0+1
Hidroxizina 25 mg 0+0+1	Paracetamol 1000 mg SOS
Pregabalina 75 mg 0+0+1	Nitrmint SOS

Alergias: Sem alergias medicamentosas e alimentares conhecidas.

Dados Sociais: Estes dados foram colhidos na minha primeira visita domiciliar. A utente reside sozinha com apoio de dois filhos, a filha vive na mesma rua. Tem apoio de uma senhora para limpeza do domicílio. A utente possui cama articulada e polibã na casa de banho. No zona interior não existe espaço para manusear uma cadeira de rodas no futuro, No acesso à casa existem escadas, nas quais se poderia colocar um corrimão de apoio.

História de Doença Atual

A 11/12/2022 vai ao Serviço de Urgência do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, por dispneia e cansaço fácil. Seguida na consulta externa de Cardiologia (última consulta 16-11-2022) por Insuficiência Cardíaca em fase avançada, com antecedentes pessoais de cardiopatia isquémica com disfunção ventricular esquerda grave, doença coronária extensa e grave, sem possibilidade de revascularização. Já esteve sob diurético endovenoso no domicílio.

Exames realizados na última admissão no serviço de urgência:

- **TAC Cerebral:** Sem evidência de lesão vascular aguda, isquémica ou hemorrágica;
- **ECG:** Ritmo Sinusal sem alterações;
- **RX Tórax:** reforço peri-hilar sem imagens de condensação nem de derrame.

Após a avaliação no serviço de urgência, a utente teve alta para domicílio para continuação de cuidados pela equipa da UMAD.

Admitida na UMAD a 22/11 com o diagnóstico ICC, com necessidade de perfusão de furosemida 150mg/dia DIB (de 2 dias). Colocado cateter midline nº20 de 8cm na basilíca à esquerda.

Realizado o acolhimento ao serviço UMAD, modo de funcionamento e plano de cuidados de enfermagem. Reforçado os ensinamentos sobre a monitorização dos sinais vitais e o controlo de peso corporal.

Exame Físico

1. Escala de Coma de Glasgow
2. Escala Numérica da Dor;
3. Índice de Barthel;
4. Escala da Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council);
5. Escala de Equilíbrio de Berg;
6. Escala de Morse - Risco de queda;
7. Short Physical Performance Battery (Capacidade Funcional);
8. Escala de Perceção de Esforço de Borg (Dispneia);
9. Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Questionário mMRC);
10. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ);
11. APGAR familiar.

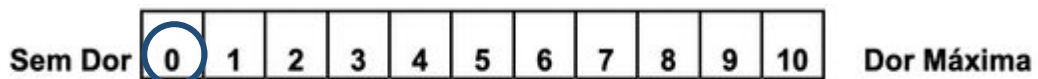
Foi realizada a avaliação da utente na primeira visita domiciliária com recurso às escalas acima indicadas antes da implementação de qualquer plano de reabilitação pela equipa de enfermagem ao utente. A utente apresenta potencial para conhecimento, capacidade e cumprimento de plano de reabilitação.

1. Escala de Coma de Glasgow

A utente apresenta-se consciente e orientada em todas as vertentes, com um score de 15 na escala de coma de Glasgow.

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

2. Escala da numérica da Dor



Utentes sem queixas álgicas.

3. Índice de Barthel

Utente autónoma nas atividades de vida diária, com um score de 95 no índice de Barthel. Refere ter apoio de uma cuidadora para a limpeza da habitação.

1. Alimentação		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
2. Transferências		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/>	5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/>	0
3. Toalete		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
4. Utilização do WC		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
5. Banho		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/>	0
6. Mobilidade		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/>	15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/>	5
Imóvel	<input type="checkbox"/>	0
7. Subir e Descer Escadas		
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Dependente	<input type="checkbox"/>	0
8. Vestir		
Independente	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Com ajuda	<input type="checkbox"/>	5
Impossível	<input type="checkbox"/>	0
9. Controlo Intestinal		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/>	0
10. Controlo Urinário		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input checked="" type="checkbox"/>	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/>	5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/>	0
TOTAL		95

4. Escala da Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council)

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Não apresenta movimento muscular nem articular, sem contração muscular. Paralisia total (plegia).
1	Não move a articulação. Percebem-se contrações musculares, mas sem movimento.
2	Existe movimento sem vencer a gravidade.
3	Move a articulação, vence a gravidade, mas não a uma resistência mínima adicional.
4	Move a articulação frente a uma resistência adicional moderada.
5	Move a articulação normalmente com a resistência imposta, força normal.

Foi avaliação da força dos 4 membros sob orientação céfalo-caudal e dos segmentos mais distais para os proximais. Concluiu-se que o utente possui força de grau 4 (move a articulação frente a uma resistência adicional moderada) nos membros inferiores, com necessidade de utilizar meio auxiliar de marcha, bengala. Nos membros superiores apresenta uma força de grau 5, move a articulação normalmente com a resistência, força normal.

5. Escala de Berg

1. Posição sentada para posição em pé. Instruções: por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.
 - 4 - capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
 - 3 - capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
 - 2 - capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
 - 1 - necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
 - 0 - necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.
2. Permanecer em pé sem apoio Instruções: por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.
 - 4 - capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
 - 3 - capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
 - 2 - capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
 - 1 - necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
 - 0 - incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho. Instruções: por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.

4 - capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.

3 - capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.

2 - capaz de permanecer sentado por 30 segundos.

1 - capaz de permanecer sentado por 10 segundos.

0 - incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentada. Instruções: por favor, sente-se.

4 - senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.

3 - controla a descida utilizando as mãos.

2 - utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.

1 - senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.

0 - necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências. Instruções: arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.

4 - capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.

3 - capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.

2 - capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.

1 - necessita de uma pessoa para ajudar.

0 - necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados. Instruções: por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

4 - capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.

3 - capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.

2 - capaz de permanecer em pé por 3 segundos.

1 - incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.

() 0 - necessita de ajuda para não cair.

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos. Instruções: junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

4 - capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.

() 3 - capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.

() 2 - capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.

() 1 - necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.

() 0 - necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.

8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé. Instruções: levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.

() 4 - pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.

() 3 - pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.

2 - pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.

() 1 - pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.

() 0 - perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé. Instruções: pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

() 4 - capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.

3 - capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.

() 2 - incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.

() 1 - incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.

() 0 - incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé. Instruções: vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo,

sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

- 4 - olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
- 3 - olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
- 2 - vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
- 1 - necessita de supervisão para virar.
- 0 - necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

11. Girar 360° Instruções: gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.

- 4 - capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- 3 - capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
- 2 - capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.
- 1 - necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- 0 - necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio. Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.

- 4 - capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
- 3 - capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
- 2 - capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
- 1 - capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
- 0 - incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente. Instruções: demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- 4 - capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 3 - capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 2 - capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 1 - necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.

() 0 - perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

() 4 - capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.

() 3 - capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.

() 2 - capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.

() 1 - tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.

(✘) 0 - incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

TOTAL: 40 – Equilíbrio Médio. A utente apresenta défice no equilíbrio dinâmico.

0 = é incapaz de realizar a tarefa
4 = realiza a tarefa de forma independente

Score total:

41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom
21-40 = risco de queda médio / equilíbrio médio
0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

6. Escala de Morse

Nº	CATEGORIA	ESCORE
1	Histórico de queda recente NÃO SIM	0 25
2	Diagnóstico secundário NÃO SIM	0 15
3	Auxílio para deambular Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da Saúde Muleta/Bengala/ Andador Mobiliário/parede	0 15 30
4	Terapia endovenosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado NÃO SIM	0 20
5	Marcha Normal/Sem deambulação, acamado, Cadeira de Rodas Fraca Comprometida, cambaleante	0 10 20
6	Estado Mental Orientado, capaz quanto a sua capacidade/limitação Superestima capacidade/esquece limitações	0 15
TOTAL		60

Escore	Risco
< 41	Risco médio
44-54	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

7. Short Physical Performance Battery

UM PÉ DO LADO DO OUTRO
Pés juntos, um ao lado do outro
1 = 10s
0 = menos de 10s se a pontuação for zero, vá diretamente para o teste de velocidade de caminhada

POSIÇÃO SEMI-TANDEM
O calcanhar de um pé na altura do polegar do outro lado
1 = 10s
0 = menos de 10s, se a pontuação for zero, vá diretamente para o teste de velocidade de caminhada

POSIÇÃO EM TANDEM
O calcanhar de um pé em contato com a ponta do outro
2 = 10s
1 = 3 a 9s
0 = menos de 3s



Meça o tempo que leva para caminhar 3 ou 4 metros em um ritmo normal (use o melhor tempo de duas tentativas)

Caminhada de 3m	Caminhada de 4m
< 3,625s 4	< 4,82s 4
3,62-4,65s 3	4,82-6,20s 3
4,66-6,52s 2	6,21-8,70s 2
> 6,52s 1	> 8,7s 1
Incapaz 0	Incapaz 0

TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA

Pré-teste: Indivíduo deve cruzar os braços sobre o peito e tentar ficar de pé com os braços cruzados nessa posição
0 = incapaz

5 REPS: Meça o tempo que leva para se levantar 5 vezes da posição sentada, com as costas retas e o mais rápido possível com os braços cruzados.
0 = mais de 60s ou incapaz
1 = 16,7-59s
2 = 13,70-59s
3 = 11,20-13,69s
4 = menos de 11,19s

- limitação grave (0-4 pontos);
- limitação moderada (5-6 pontos);
- limitação leve (7-9 pontos);
- limitação mínima (10-12 pontos).

TESTE DE EQUÍLBRIO

TESTE DE SENTAR E LEVANTAR

Segundo o teste SPPB para avaliação da capacidade funcional do utente, esta apresenta uma limitação leve, com um score de 7 pontos.

8. Escala de Percepção de Esforço de Borg (Dispneia)

6 Sem nenhum esforço

7

Extremamente leve

8

9 Muito leve

10

11 Leve

12

13 Um pouco intenso

14

15 Intenso (pesado)

16

17 Muito intenso

18

19 Extremamente intenso

20 Máximo esforço

9. Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Questionário mMRC)

Escala	Sintoma
0	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso
1	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade
3	Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano
4	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho

10. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

As seguintes questões procuram avaliar em que medida a sua insuficiência cardíaca (problema cardíaco) afetou a sua vida no último mês (4 semanas). Em cada questão, assinale com um círculo o número que melhor reflete o modo como a sua vida foi afetada (0, 1, 2, 3, 4 ou 5).

Se alguma questão não se aplicar a si, assinale o número 0 (zero).

No último mês (4 semanas), a sua insuficiência cardíaca impediu-o(a) de viver como queria porque...	Não	Muito Pouco			Muito
1. Ihe provocou inchaço nos tornozelos ou pernas?	0	1	2	3	4 5
2. o(a) obrigou a sentar-se ou deitar-se para descansar durante o dia?	0	1	2	3	4 5
3. Ihe causou dificuldade em caminhar ou subir escadas?	0	1	2	3	4 5
4. Ihe dificultou a realização das tarefas domésticas ou no quintal?	0	1	2	3	4 5
5. dificultou as suas saídas de casa?	0	1	2	3	4 5
6. o impediu de dormir bem de noite?	0	1	2	3	4 5
7. dificultou o seu relacionamento e as atividades com amigos ou familiares?	0	1	2	3	4 5
8. dificultou a realização das suas atividades profissionais?	0	1	2	3	4 5
9. dificultou as suas atividades de lazer, desportivas ou os seus passeamentos?	0	1	2	3	4 5

10. dificultou a sua atividade sexual?	0	1	2	3	4	5
11. o(a) fez comer menos quantidade das comidas de que gosta?	0	1	2	3	4	5
12. Ihe causou falta de ar?	0	1	2	3	4	5
13. o(a) fez sentir-se cansado(a), fatigado(a) ou com pouca energia?	0	1	2	3	4	5
14. o(a) obrigou a internamento hospitalar?	0	1	2	3	4	5
15. Ihe criou despesas com cuidados médicos?	0	1	2	3	4	5
16. fê-lo(a) sentir efeitos secundários provocados pela medicação?	0	1	2	3	4	5
17. fê-lo(a) sentir-se um fardo para a família e amigos?	0	1	2	3	4	5
18. fê-lo(a) sentir perda de autocontrole na sua vida?	0	1	2	3	4	5
19. fê-lo(a) sentir-se preocupado(a)?	0	1	2	3	4	5
20. Ihe dificultou a concentração ou a memória?	0	1	2	3	4	5
21. fê-lo(a) sentir-se deprimido(a)?	0	1	2	3	4	5

Total: 35 pontos em 105 pontos.

O MLHFQ é composto por 21 itens e o score global varia de zero a 105 pontos, representando uma relação inversa entre a pontuação obtida e a Qualidade de Vida. (Campos Miranda, et al., 2021). Neste sentido, a utente refere que a sua insuficiência cardíaca afetou em grau reduzido a sua vida no último mês.

11. APGAR Familiar

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

Plano de Cuidados

Após a primeira visita domiciliar e aplicação das escalas de avaliação, elaborei um plano de cuidados com os focos e intervenções pertinentes para a utente e de seguida um plano de reabilitação individualizado.

Data	Atividades Diagnósticas	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivo
20/01/2023	Avaliar Movimento Muscular	Movimento muscular comprometido em grau reduzido	Avaliar movimento muscular através da escala Medical Research Council; Executar técnica de exercício muscular dos membros inferiores;	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir a redução de amplitudes dos movimentos articulares dos membros inferiores;• Potenciar o aumento da força e da resistência muscular;
20/01/2023	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular <u>Nota: 26/01</u> <u>Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</u>	Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular;	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar a funcionalidade;• Informar o utente sobre técnicas de exercício muscular e articular;• Capacitar o utente com conhecimentos sobre exercícios musculares e articulares;
20/01/2023	Avaliar potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício músculo articular <u>Nota: 26/01</u> <u>Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</u>	Avaliar capacidade para executar técnicas de exercícios musculo-articulares; Instruir sobre exercícios musculo-articulares; Treinar exercícios musculo-articulares;	<ul style="list-style-type: none">• Manter a funcionalidade;• Favorecer fortalecimento muscular;

Data	Atividades Diagnósticas	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivo
20/01/2023	Avaliar equilíbrio corporal	Equilíbrio comprometido em grau reduzido	Avaliar equilíbrio corporal através da Escala de Berg	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o equilíbrio dinâmico; • Evitar quedas; • Promover o alinhamento corporal; • Instruir para o treino de marcha; • Evitar a incapacidade; • Manter a funcionalidade; • Estimular o sistema sensorial e neuromuscular; • Facilitar o desempenho nos autocuidados;
20/01/2023	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal <u>Nota: 26/01</u> <u>Conhecimento sobre equilíbrio corporal</u>	Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal; Estimular a manter equilíbrio corporal; Executar técnica de treino de equilíbrio; Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal; Ensinar sobre controlo postural; Orientar na técnica de treino do equilíbrio; Ensinar sobre a relação entre equilíbrio e risco de queda;	

Data	Atividades Diagnósticas	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivo
20/01/2023	Avaliar ventilação	Ventilação comprometida	Avaliar a ventilação; Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória; Posicionar para otimizar ventilação; Vigiar respiração;	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o processo ventilatório;
20/01/2023	Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre ventilação	Potencial para melhorar o conhecimento sobre ventilação <u>Nota: 30/01</u> <u>Conhecimento sobre ventilação</u>	Ensinar sobre doença; Ensinar sobre exercícios respiratórios; Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; Consciencialização da respiração - inspirar pelo nariz de forma lenta e profunda; expirar pela boca com os lábios semicerrados; Ensinar sobre exercícios respiratórios para expansibilidade torácica com abertura da grade costal bilateral;	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o processo ventilatório através da melhoria da ventilação alveolar; Potenciar a expansibilidade torácica; Potenciar o aumento dos volumes inspiratório e fortalecer a musculatura inspiratória; Prevenir atelectasias;
20/01/2023	Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória	Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória		

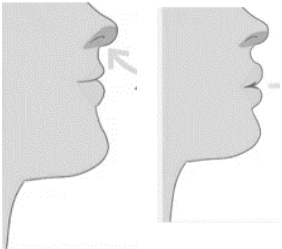
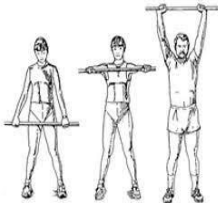

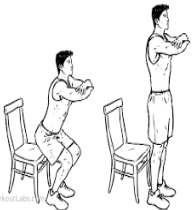
		<u>Nota: 30/01</u> <u>Conhecimento sobre</u> <u>técnica respiratória</u>		
20/01/2023	Avaliar capacidade para usar técnica respiratória para otimizar a ventilação	Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica respiratória <u>Nota: 30/01</u> <u>Capacidade para usar</u> <u>técnica respiratória</u>	Avaliar capacidade de otimizar a ventilação; Instruir sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação; Instruir sobre exercícios respiratórios para otimizar a ventilação; Treinar a otimização da ventilação através de técnica respiratória para otimizar a ventilação; Treinar a otimização de ventilação através técnica respiratória: dissociação dos tempos respiratórios;	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o utente no uso da técnica respiratória para otimizar a ventilação; • Capacitar o utente a corrigir a postura corporal para otimizar a ventilação;

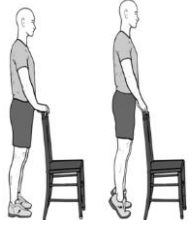


Data	Atividades Diagnósticas	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivo
20/01/2023	Avaliar Dispneia Funcional	Dispneia funcional	Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória; Posicionar para otimizar a ventilação; Vigiar a respiração;	<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a ventilação; • Diminuir a Dispneia funcional;
20/01/2023	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de Dispneia Funcional	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de Dispneia Funcional	Ensinar sobre técnicas de conservação de energia; Ensinar sobre a doença; Ensinar sobre o posicionamentp;	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar o utente a utilizar técnicas de conservação de energia; • Redução da intolerância à atividade;

		<u>Nota: 30/01</u> <u>Conhecimento sobre</u> <u>Dispneia Funcional</u>		
--	--	--	--	--

Data	Atividades Diagnósticas	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Objetivo
20/01/2023	Avaliar Intolerância à atividade	Intolerância a atividade	Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso; Instruir para gestão de períodos de atividade e repouso; Ensinar sobre a vigilância da resposta física à atividade; Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar as atividades do dia a dia; Ensinar sobre exercícios aeróbios; Instruir sobre exercícios aeróbios; Treinar sobre exercícios aeróbios;	<ul style="list-style-type: none">• Intolerância à atividade melhorada;• Consciencialização da relação entre gestão da atividade/repouso e conservação da energia melhorada;

Plano de Reabilitação

Imagem do Exercício	Exercício (Explicação do exercício)	Nº de repetições	Nº vezes / dia
	<p>Consciencialização da respiração</p> <p>Inspire pelo nariz de forma lenta e controlada e expire pela boca com os lábios semicerrados</p>	10	2
	<p>Expansibilidade torácica com abertura costal global / Flexão e extensão do ombro:</p> <p>Sentado numa cadeira, com um cabo de uma vassoura nas mãos, levantar e baixar os braços:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantar os braços em 5 segundos enchendo o peito com ar como se estivesse a cheirar uma flor; ➤ Baixar os braços em 5 segundos deitando o ar fora como se estivesse a apagar uma vela. 	5	2
	<p>Extensão do Membro Inferior</p> <p>Sentado numa cadeira, eleve uma perna de cada vez;</p>	5	2
	<p>Agachamento</p> <p>Sentado numa cadeira com os braços cruzados ao peito, sentar e levantar da cadeira.</p>	5	2

	<p>Treino de exercício de controlo de equilíbrio dinâmico em pé/ Exercício de dorsiflexão/Flexão plantar</p> <p>De pé, apoiado numa cadeira, levantar os calcanhares do chão, ficando em bicos dos pés durante 5 segundos e voltar a baixar.</p>	5	2
	<p>Treino Aeróbio</p> <p>Caminhar em plano reto, conforme tolerância durante 5 min. IMPORTANTE: Controlar a respiração e abrandar o ritmo ou parar se se sentir muito cansado.</p>	5 min	2
	<p>Treino Aeróbio/ Subir e descer escadas</p> <p>Nas escadas exteriores tem 2 degraus, suba e desça as escadas. Inspire parado e no movimento expire lentamente</p>	3	2

Após a **primeira visita domiciliária** e avaliação do utente foi implementado o programa de reabilitação acima descrito.

Na **segunda visita domiciliária** esta apresentou-se motivada para a continuação do plano de reabilitação, não referindo dispneia ao esforço e com boa tolerância ao exercício. Por esse motivo, foi aumentado o nº de repetições de cada exercício para 10 vezes e o treino de marcha para 5-7min. Acrescentou-se ainda o subir e descer escadas.

A utente teve uma consulta no HSO e após a consulta, recorreu ao serviço UHD/UMAD tendo andado mais de 100 metros ao ritmo do filho que a acompanhava. À chegada ao serviço apresentava-se com sinais de dificuldade respiratória e a própria referia “falta de ar”. Nesse momento foram avaliados os sinais vitais e apresentava-se taquicardia e taquipneica. Instruída ao uso de técnicas de descanso e relaxamento para diminuição da dispneia. Referiu ainda história de queda no domicílio, segundo a utente terá sido no dia 28/01. Foi reavaliada a Escala de Morse mantendo-se com alto risco de queda.

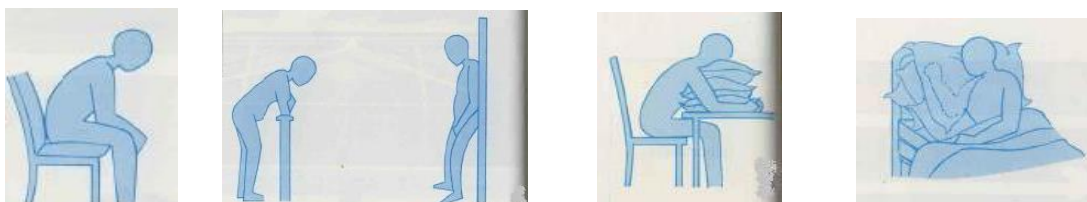
Explicado ao filho que a utente não tem capacidade para andar longas distâncias e sinais de alerta, incentivados a utilizarem cadeira de rodas para longas distâncias.

No sentido de diminuir a dispneia em repouso, foram feitos ensinios sobre posições corporais corretas associadas ao controlo respiratório, que contribuem significativamente para a

diminuição da dispneia em repouso, pela otimização da excursão diafragmática, aumento da amplitude torácica, prevenção do encerramento precoce das vias aéreas inferiores e diminuição da frequência ventilatória. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Instruída para a adoção da posição do cocheiro, a qual consiste na inclinação frontal do tronco, com ligeira acentuação da cifose torácica e apoio dos cotovelos nos joelhos. Alternativamente, esta posição pode ser adaptada em ortostatismo, utilizando um apoio alto (como um muro) ou uma parede. Pode ser também utilizada a posição sentada com o apoio da cabeça numa almofada em cima da mesa. A posição em decúbito lateral, com elevação da cabeça e tronco através de almofadas. Ter atenção ao espaço livre entre a cama e o hemitórax do lado do decúbito para evitar o bloqueio da expansão pulmonar. (Ribeiro, 2021)

Efetuosos ensinamentos segundo as imagens abaixo demonstram as várias posições para alívio da dispneia em repouso:



O desempenho das atividades de vida diária pode levar a situações de fadiga, exaustão e dispneia. Por esse motivo, foram feitos ensinamentos à utente sobre estratégias a adotar no seu dia a dia de forma a despendere menos energia possível. A utente inconscientemente já adotava estratégias, como o tomar banho sentada e a realização das tarefas mais pesadas na altura do dia em que sente com mais energia. Dessa forma, elaborei um panfleto sobre a Intolerância à Atividade Física com técnicas de conservação de energia, o qual se encontra em fase de discussão e aprovação pela equipa de enfermagem do serviço e enfermeiro-gestor.

Na **terceira visita domiciliária**, a utente voltou a apresentar-se dispneica a esforços, referindo sentir-se mais cansada do que o habitual. Referiu não ter cumprido o plano de reabilitação na íntegra. Após avaliação da utente, houve a necessidade de reduzir o número de repetições de cada exercício de forma diminuir a intensidade e instruí-la a realizar um treino intervalado com períodos de descanso mais prolongados. Após a recuperação do quadro de dispneia, a utente cumpriu, com a minha supervisão, o plano de reabilitação. Realizou exercícios de treino de equilíbrio dinâmico. Foi referido que estes exercícios são efetuados apenas com a nossa presença para segurança da utente e instruída a utente para sinais de alarme .

Conclusão

Com a elaboração deste estudo de caso tive a possibilidade de adequar e aplicar determinadas escalas que me permitiram fazer uma avaliação correta das necessidades da utente. Com base nisso surgiu a elaboração e implementação de um plano de cuidados e um plano de reabilitação individualizado.

Grande parte dos doentes com Insuficiência Cardíaca apresenta queixas de fadiga crónica e intolerância à atividade física com marcada redução da qualidade de vida.

É sabido que a reabilitação cardíaca compreende um conjunto de estratégias coordenadas que auxilia o doente no restabelecimento de uma vida ativa e satisfatória, bem como permite prevenir futuros eventos cardiovasculares. (Austin, Williams, Ross, Moseley, & Hutchison, 2005)

A reabilitação cardíaca é uma área que não tinha tido contacto e por esse motivo optei por escolher esta utente.

Durante o estágio, houve longos períodos em que não houve contacto com a utente, o que dificultou o acompanhamento adequado, tanto ao nível da execução dos exercícios e a sua correção postural, como a verificação da evolução das capacidades da utente.

Aquando da realização do plano de cuidados e a escolha dos focos de enfermagem apercebi-me que a nível informático, o sistema SClinico, ainda não apresenta as intervenções de enfermagem de reabilitação necessárias para efetuar os registos de enfermagem. Exemplo disso é o foco, Intolerância à Atividade Física, no qual o SClinico não tem intervenções de enfermagem associadas.

O serviço UHD/UMAD apresenta um resumo mínimo de dados em que têm como focos de enfermagem de reabilitação Ventilação, Dispneia Funcional, Expetorar, Movimento Muscular, Espasticidade, Equilíbrio Corporal. Nesse sentido deixo como melhoria para o serviço a introdução de intervenções de enfermagem associadas à Intolerância à Atividade Física.

Bibliografia

Austin, J., Williams, R., Ross, L., Moseley, L., & Hutchison, S. (2005). European Journal of Heart Failure. *Randomized controlled trial of cardiac rehabilitation in elderly patients with heart failure.*

Campos Miranda, C., Ardisson Colodete, I., da Silva, M., Dall'Orto Lima, P., Angelo Astolpho, V., Costa Sylvestre, R., . . . Ramos Barbosa, R. (2021). Insuficiência Cardíaca. *Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Cardíaca.*

Enfermeiros, O. d. (2018). Cadernos OE. *Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Reabilitação.*

Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas. p. 249.

ANEXO IV: PANFLETO “INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE - ESTRATÉGIAS DE CONSERVAÇÃO DE ENERGIA”

IR ÀS COMPRAS



- Fazer a lista de compras antecipadamente;
- Evitar horas de maior afluência;
- Utilizar um carrinho de compras;
- Levar pequenas quantidades no seu carrinho de compras;
- Recorrer aos serviços de entrega domiciliária para os produtos mais pesados, se possível;
- Arrumar as compras num local

SEXUALIDADE



- Planear a melhor altura do dia com o seu parceiro para a atividade sexual;
- Evitar ter relações sexuais após uma refeição pesada;
- Evitar ter relações sexuais ao levantar-se, pois é a altura em que a presença de expectoração é mais elevada;
- Permitir que o parceiro assuma uma posição mais ativa;

Cuide si, utilize estratégias para ter energia todo dia.

Unidade de Hospitalização Domiciliária/
Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

PREVENÇÃO: 910380985
Telem 910349373/9103346669

apoiodomiliario@hospitaldeguimaraes.min-saude.pt



Realizado por Justine Cardoso, aluna de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação—IPB, 2022

Enfermeiros, O. d. (2018). Cuidamos OE. Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática de Enfermagem de Reabilitação. ;
Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas.

INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

Para viver melhor com a sua situação de saúde



Estratégias para conservar energia



Hospital da
Senhora da Oliveira
GUIMARÃES EPE

O que é a Intolerância à Atividade ?

É a incapacidade ou falta de energia para tolerar ou completar atividades do dia a dia.

Estratégias para melhor a sua qualidade de vida

- Inspirar enquanto realiza o movimento que exige menos esforço e expirar quando exige mais esforço;
- Organizar o tempo, alternar as tarefas leves com as mais cansativas;
- Realizar as tarefas que exigem mais esforço no período do dia em que se sente com mais energia;
- Reunir e organizar todo o material necessário para a tarefa, evitando deslocações desnecessárias;
- Arrumar os objetos que usa com mais frequência em locais de fácil acesso;

HIGIENE



- Tomar banho sentado;
- Utilizar polibã em vez de banheira;
- Usar escovas de cabo comprido para lavar as costas e o pés;
- Barbear-se, escovar os dentes e pentear-se com braços apoiados e na posição sentado;

VESTIR-SE



- Dispor a roupa pela ordem que se vai vestir;
- Vestir-se sentado, primeiro a parte inferior e depois a parte superior;
- Preferir roupas largas e fáceis de vestir;
- Coloque o pé em cima da perna oposta para ajudar no momento de vestir calças ou calçar meias;
- Preferir calçado sem atacadores;
- Utilizar calçadeiras de cabo longo;

ALIMENTAR-SE



- Sentar-se confortavelmente com os cotovelos apoiados;
- Comer pausadamente;
- Ingerir refeições menores e mais frequentes,, eviatria sensação de enfiartamento
- Repousar antes e após as refeições;
- Usar os broncodilatadores (se indicado) antes das refeições;

MOVER-SE



- Se tiver escadas em casa, realize todas as atividades num andar e só depois no outro;
- Enquanto anda, controle a respiração, abrande o ritmo se necessário;
- Quando subir escadas inspire lentamente parado, subir um ou mais degraus quando expira lentamente;
- Quando se levanta da cama, primeiro sente-se na cama, espere e só depois se coloque em pé;
- Nas atividade de maior esforço, inspire pelo nariz e expire pela boca com os lábios semicerrados;

ANEXO V: PANFLETO “PREVENÇÃO DE QUEDAS”

Prefira o polibã.

Coloque barras de apoio nas zonas de maior risco (junto à sanita, lavatório e polibã).



A cama deve ter a altura adequada: quando sentado na beira da cama permitir dobrar os joelhos a 90°.

Mantenha os objetos que usa com frequência em locais de fácil acesso, onde possa chegar sem uso de um banquinho ou escada.



Não se esqueça...

**Mais Vale
Prevenir Do
Que
Remediar!**



Travessa da Rua Monte
da Barca, nº 27
4880-168 Mondim de
Basto

**Horário de
Funcionamento**
De 2ª a 6ª feira: 08:00
às 20:00

Sábados, domingos e
feriados: 09:00 às
17:00

Telefone
255389181

Email
ucc.cuidarmondim@ars
norte.min-saude.pt

Prevenção de QUEDAS

Um passo de cada vez!



ECCI de Mondim de Basto





O primeiro passo para prevenir as quedas é compreender as causas.

PORQUE CAI?

- Alteração da marcha;
- Postura inadequada;
- Diminuição da visão;
- Diminuição do equilíbrio e da força muscular;
- Doenças (osteoporose, doença cardiovascular);
- Uso de alguns medicamentos (diuréticos, medicação para a tensão arterial);
- Negação da fragilidade;
- Ansiedade e depressão;
- Meio envolvente (móveis instáveis, tapetes soltos, piso escorregadio, iluminação inadequada, objetos espalhados pelo chão, calçado inadequado...)

PREVENÇÃO DE QUEDAS



Todos os sapatos ou chinelos devem estar presos ao pé com solas antiderrapantes.

As calças e os roupões devem ter a altura certa para que não tropece.



O andarilho deve ter a altura adaptada.

Trave sempre a cadeira de rodas e remova os descansos dos pés antes das transferências.



Levante-se com calma devido ao risco de tonturas e tensão arterial baixa.



Coloque luzes de presença no trajeto quarto/casa de banho.

Os interruptores devem estar ao seu alcance.

Substitua os tapetes soltos por antiderrapantes.



Coloque os móveis de modo que não impeçam a circulação.

Coloque corrimão bilateral nas escadas.



ANEXO VI – ESCALA APHASIA RAPID TEST

Instruções	Pontuação
1a. Execução de ordens simples: "Abra e feche os olhos" "Dê-me a sua mão esquerda"	0 = executa ambas as ordens corretamente 1 = executa apenas uma ordem corretamente 2 = não executa nenhuma das duas ordens corretamente
1b. Execução de uma ordem complexa: "Ponha a sua mão esquerda na sua orelha direita"	0 = executa a ordem em menos de 10s 1 = executa a ordem em mais de 10s ou necessita de repetição da ordem 2 = executa a ordem parcialmente: move a mão para além da linha média ou toca a orelha ipsilateral 3 = não executa a ordem: não atravessa a linha média ou não mexe de todo
2. Repetição de palavras: 2a. "anel" 2b. "tarte" 2c. "bagagem"	Cada palavra é pontuada de 0 a 2 (num total de 0 a 6). Para cada palavra: 0 = repetição perfeita 1 = palavra reconhecível* 2 = não repete ou palavra irreconhecível*
3. Repetição de uma frase: "O rapaz canta na floresta"	0 = repetição perfeita 1 = frase reconhecível* 2 = não repete ou frase irreconhecível*
4. Nomeação de objetos: 4a. "chave" 4b. "caneta" 4c. "saia" ou "calças"	Cada palavra é pontuada de 0 a 2 (num total de 0 a 6). Para cada palavra: 0 = nomeação perfeita 1 = palavra reconhecível* 2 = palavra irreconhecível*
5. Avaliação da disartria:	0 = sem disartria 1 = disartria mínima 2 = disartria moderada, compreensível 3 = disartria severa, incompreensível
6. Fluência verbal semântica: "Diga o nome do maior número de animais que se lembre num minuto"	0 = mais de quinze palavras 1 = entre onze e quinze palavras 2 = entre seis e dez palavras 3 = entre três e cinco palavras 4 = entre zero e duas palavras
Pontuação total /26	

*Nota: erros de pronúncia, fonémicos ou apráxicos podem ser pontuados com 1 se a palavra (secções 2 e 4) ou frase (3) for reconhecida pelo examinador, ou 2 se irreconhecível. Na secção 4 (nomeação de objetos), uma palavra irreconhecível ou erro de léxico deve ser pontuado com 2.

ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DA RECOLHA DE DADOS

PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

Título: *"Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC".*

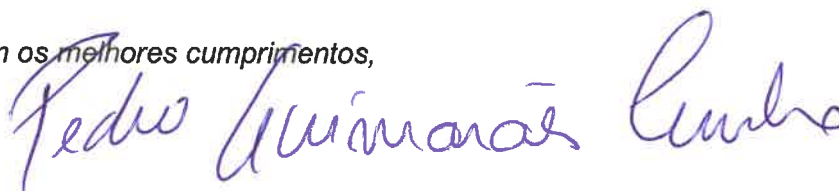
Ref: 94/2023 – Projeto de Investigação

Investigador Principal / Aluno: *Justine Morgado Salvador Cardoso, Enfermeira Generalista, na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina / Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UCIM /UAVC), no HSOG.*

Investigador Responsável na Instituição Externa (Orientador): *Maria José Gomes, Professora Doutora no IPB – Instituto Politécnico de Bragança.*

Avaliação da exequibilidade e de mérito científico: Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

Com os melhores cumprimentos,



Prof. Doutor Pedro Guimarães Cunha
Coordenador do Centro Académico e de Formação do HSOG

PARECER DO COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Título: "Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC".

Ref: 94/2023 – Projeto de Investigação

Investigador Principal / Aluno: *Justine Morgado Salvador Cardoso, Enfermeira Generalista, na Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina / Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UCIM /UAVC), no HSOG.*

Investigador Responsável na Instituição Externa (Orientador): *Maria José Gomes, Professora Doutora no IPB – Instituto Politécnico de Bragança.*

Nos termos desta Comissão de Ética, dá-se o conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião no dia 27 de junho de 2023:

Analisado o Projeto de Investigação acima mencionado, a Comissão de Ética **não tem nada a opor** à execução do referido projeto desde que cumpra os requisitos da Encarregada de Proteção de Dados do HSOG.

Com os melhores cumprimentos,



João Lima Reis

Presidente da CES do HSOG



Projeto Científico N.º 94/2023 - CAF

N.º de referência de controlo da Proteção de dados: PIC_55/2023

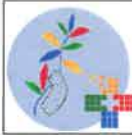
Informação Geral sobre os Responsáveis pelo projeto:

Nome do Interlocutor pelo Estudo no CAF & HSOG	Justine Morgado Salvador Cardoso
Serviço	Unidades de Cuidados Intermédios de Medicina Unidade de Acidente Vascular Cerebral
Função	Enfermeira Generalista
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	Não informado no formulário da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD, “REG.031.CAF”.

Nome do Investigador Principal	Justine Morgado Salvador Cardoso
Entidade	HSOG Escola Superior de Saúde de Bragança
Função	Enfermeira Generalista Aluna de mestrado
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	Jumorgado21@outlook.pt (Contacto pessoal) 938 230 721

Instituição Promotora do Estudo	Instituto Politécnico de Bragança
Pessoa de Contacto (se externo)	Maria José Gomes (Professora orientadora)
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	mgomes@ipb.pt 964 048 182

Outra(s) Entidade(s) Externa(s) participante(s) no Estudo	Não informado no formulário da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD, “REG.031.CAF”.
Pessoa(s) de Contacto	Não informado no formulário da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD, “REG.031.CAF”.
Contacto(s) institucionais (e-mail/tlm)	Não informado no formulário da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD, “REG.031.CAF”.



Título do Estudo

"Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa com afasia após AVC"

ENQUADRAMENTO

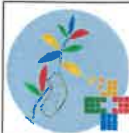
Este parecer é emitido considerando:

- a) Que a informação descrita no formulário de Avaliação de Impacto (Código REG.031.CAF) é completa e verdadeira;
- b) Que é da responsabilidade dos investigadores a coerência e a veracidade da informação descrita no formulário, uma vez que este serve de base para a análise relativamente à conformidade com o regime jurídico da proteção de dados pessoais;
- c) Que os Responsáveis pelo Tratamento são representados neste documento através dos elementos identificados na Secção de identificação dos investigadores do formulário de Avaliação de Impacto (Código REG.031.CAF);
- d) **Que a análise se limita a ter em conta apenas a informação que chegou ao conhecimento da Encarregada da Proteção de Dados – EPD, o que se presume ser, na totalidade, aquela descrita no formulário da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD, “REG.031.CAF”.**
- e) O desenho das atividades de tratamento que serão pressupostas para a prossecução das finalidades do estudo;
- f) Os riscos associados às atividades de tratamento, tendo em conta a natureza, o âmbito, o contexto e as finalidades;
- g) Os direitos e as liberdades dos titulares de dados pessoais, segundo o Regime Jurídico da Proteção de Dados da União Europeia e Nacional.
- h) A limitação da análise àquilo que é a responsabilidade do HSOG, na sua esfera de influência no projeto de investigação.

**ANÁLISE DE RISCO E PROPORCIONALIDADE SOBRE OS DIREITOS E LIBERDADES DOS
TITULARES DE DADOS**

1. Síntese dos princípios fundamentais para garantir a conformidade com o regime jurídico da proteção de dados, especialmente com os termos do RGPD:

ID	Controlos selecionados para demonstrar a conformidade com os princípios fundamentais	Avaliação
P1	Finalidade específica, explícita e legítima	Aceitável
P2	O critério de licitude para o tratamento de dados está adequado ao Estudo	Aceitável
P3	O tratamento de dados é adequado, relevante e limitado ao que é necessário em relação à finalidade (princípio da minimização)	Aceitável



P4	A informação fornecida ao participante é adequada (princípio da lealdade e transparência)	Aceitável
P5	Existem condições para o exercício do direito de acesso e à portabilidade dos dados	Aceitável
P6	Existem condições para o exercício do direito de retificação e eliminação de dados	Aceitável
P7	Existem condições para o exercício do direito à limitação do tratamento de dados e do direito de retirar o consentimento	Aceitável
P8	O tratamento de dados realizado por outras entidades rege-se por um Acordo escrito (art 26.º ou 28.º do RGPD)	Não Satisfatório
P9	As transferências de dados para países fora da União Europeia cumprem as obrigações previstas	Não Aplicável

2. Avaliação dos riscos¹ relacionados com a medidas de técnicas e organizacionais implementadas no Estudo que podem pôr em risco os direitos e liberdades dos titulares de dados.

Conforme a responsabilidade consagrada no regime jurídico da Proteção de Dados de zelar pela implementação das medidas técnicas e organizativas necessárias à segurança do tratamento de dados, foi realizada uma análise de risco sob a perspetiva do Titular dos Dados, considerando os critérios mínimos abaixo.

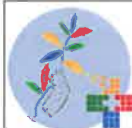
Foram enquadrados, para os riscos indicados, cenários (incluindo ameaças), considerando o impacto com base nas consequências que destes podem resultar. A probabilidade de ocorrência é determinado considerando as medidas de segurança que foram ou não identificadas no formulário de Avaliação de Impacto (Código REG.031.CAF) pelos representantes dos responsáveis pelo tratamento que submeteram o projeto para esta análise.

Para cada risco, foram estimados os respetivos valores do Impacto e da Probabilidade (escala de 4 valores), obtendo-se o Valor final para cada Cenário, através da multiplicação daqueles dois valores.

Na definição do risco, tendo em conta o uso da multiplicação, há uma escala de risco com 14 valores possíveis, em que o intervalo de 1 a 4 representa risco baixo (verde), 5 a 10 risco médio (laranja) e 11 a 16 elevado risco (vermelho), pelo que segue a escala de referência:

PROBABILIDADE →				
	1	2	3	4
IMPACTO				

¹ O resultado do risco é calculado pela multiplicação do impacto pela probabilidade, numa escala de 1 a 16, em que quanto mais elevado o valor, maior será o risco.



1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

ID	Fontes de Risco	Ameaças	Impacto nos direitos e liberdades dos titulares	Probabilidade de Ocorrência	Resultado
R1	Procedimento de anonimização	Comprometimento do algoritmo de anonimização, por interconexão de dados com outros sistemas de informação	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R2	Ficheiro com a chave de pseudonimização	Acesso indevido à chave; Roubo ou mau uso da identidade	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R3	Investigadores no âmbito do Estudo	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R4	Colaboradores do hospital com acesso aos sistemas	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6



	de informação o clínicos	propositada ou accidental			
R5	Segurança física dos locais de armazenamento dos dados	Não existência de controlo de acessos aos edifícios e salas de trabalho; armários de acesso restrito;	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R6	Segurança de redes de acesso, secretárias de trabalho	Perda de dados (e.g. <i>ransomware</i> , ataques a vulnerabilidades), sistema de destruição de papel	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R7	Transferência eletrónica de dados (email, ficheiros partilhados)	Acesso ilegal a dados de categoria especial ou inadequação das medidas de proteção desses dados	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R8	Backups das bases de dados	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de perda de disponibilidade e/ou integridade	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R9	Controlo de acessos (<i>Logs</i>)	Impossibilidade de poder exercer controlo sobre os dados em caso de acessos indevidos	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6



R10	Autenticação de acessos	Passwords fracas; Procedimentos autenticação de identidade dos titulares em interações à distância; controlo de acessos físicos	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R11	Tratamentos de dados fora da UE (Cloud, CRO, Promotores)	Medidas técnicas e organizativas insuficientes; Demonstração de Certificação insuficiente	Escolha um item.	Escolha um item.	N/A

PARECER TÉCNICO²

No exercício das funções de EPD, no âmbito do apoio na realização da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD³, segue a **orientação para a conformidade do estudo**:

1. PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO E ACORDO DE TRATAMENTO DADOS ENTRE AS ENTIDADES:

1.1. Deverá ser celebrado um protocolo de cooperação, contando com uma adenda relativamente ao acordo de tratamento de dados para os estudos realizados a partir da colaboração entre a entidade promotora e o HSOG⁴.

1.2. A finalidade do protocolo é gerir as expectativas e compromissos de cada entidade/parte na colaboração formalmente, através de um contrato.

1.3. A finalidade do acordo de tratamento é determinar formalmente as responsabilidades de cada sobre os compromissos de garantir as medidas técnicas e organizativas, bem como jurídicas para proteger os titulares em causa na metodologia dos estudos realizados em parceria. Também serve

² Com a fundamentação sobre a conformidade com os regimes da proteção de dados, informação de saúde e investigação clínica.

³ Funções descritas na alínea c) do n.º 1 do artigo 39.º do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 – Regulamento Geral da Proteção de Dados – RGPD, atendendo ao que dispõe o n.º 2 do artigo 35.º do RGPD.

⁴ Na forma do n.º 3 do artigo 28.º do RGPD (*Data processing agreement*).



para determinar quem irá responder no caso de não conformidades.

1.4. Para o efeito, sugere-se o enquadramento de responsabilidade considerando o Promotor do Estudo o Responsável pelo Tratamento e o Hospital (HSOG) o Subcontratante⁵.

Este enquadramento se justifica na medida em que a primeira entidade determina as finalidades e os meios para a execução do projeto, através dos investigadores, o que resulta por consequência, na definição do tratamento de dados pessoais⁶, enquanto o Hospital participa como fonte de recolha da base de dados (a partir da informação dos seus utentes e de seus profissionais), que foi definida pelos investigadores afetos à instituição promotora do estudo.

2. FUNDAMENTOS DE LICITUDE PARA A RECOLHA (INDIRETA) E O TRATAMENTO DOS DADOS:

2.1. Considerando haver a recolha dos dados indireta pelo processo clínico, o fundamento de licitude que justificará o tratamento dos dados pessoais neste projeto serão: os “interesses legítimos prosseguidos pelo responsável pelo tratamento” relativamente aos fins de investigação científica⁷.

2.2. A garantia de informação sobre o tratamento aos titulares será acautelada através da política de proteção de dados do HSOG, disponível publicamente no sítio web⁸.

3. AS MEDIDAS TÉCNICAS E ORGANIZATIVAS QUE DEVEM SER INTEGRADAS NA METODOLOGIA DO PROJETO:

3.1. Durante a fase de tratamento de dados pessoais⁹ deve-se aplicar as medidas técnicas e organizativas para a segurança dos dados, incluindo a pseudonimização (através da codificação)¹⁰. Considerando que a anonimização de dados úteis em saúde não é possível enquanto for preciso atestar a fiabilidade de resultados e trabalhar a informação, uma vez que pode ser preciso retroagir à titularidade, o investigador deverá considerar estes cuidados de forma que melhor equilibre as garantias de privacidade e a utilidade da informação para o seu projeto.

3.2. Para o efeito, deve-se fazer a codificação substituindo os dados de identificação por valores inventados, de modo que estes códigos sejam gerados de forma aleatória. Os valores inventados devem ser únicos e não devem ter nenhuma relação com os valores originais.

3.3. Deve-se evitar utilizar as iniciais de nomes de utentes e profissionais para

⁵ Conforme os conceitos do n.º 7 e 8 do artigo 4.º e o considerando e 108 do RGPD.

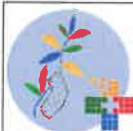
⁶ Na forma dos conceitos do n.º 2 do artigo 4.º do RGPD

⁷ na forma conjugada da alínea f) do n.º 1 do artigo 6.º e da alínea j) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD;

⁸ nos termos do artigo 14.º do RGPD.

⁹ Segundo a definição do n.º 2 do artigo 4.º do RGPD

¹⁰ segundo a definição do n.º 5 do artigo 4.º do RGPD



pseudonimizar/codificar, assim como não codificar com siglas como as do hospital de origem, números sequenciais e outras formas lógicas de atribuir a codificação.

3.4. Os códigos devem ser reversíveis apenas para os investigadores que detenham a grelha de correspondência/chave de descodificação, que deve ser mantida em segurança, num diretório diferente de onde se encontra a base de dados, sendo mantida exclusivamente do lado do serviço do Hospital responsável pela recolha dos dados.

3.5. Apenas poderá ser enviado para o ambiente externo, fora do controlo do Hospital, a base de dados codificada. A grelha de correspondência da titularidade não poderá ser partilhada com as entidades de destino da base de dados codificada e o acesso deve necessariamente estar limitado aos investigadores e ao responsável do serviço no Hospital, que são os responsáveis pelo estudo.

3.6. O ficheiro codificado poderá acompanhar os investigadores nos dispositivos pessoais.

3.7. Ao atribuir os códigos, deve-se certificar de não reutilizar códigos que já foram utilizados no mesmo conjunto de dados.

3.8. Essas medidas têm como finalidade assegurar que não será possível reverter à titularidade dos dados que circularão externamente ao âmbito de controlo físico e virtual do hospital, uma vez que apenas a chave de codificação é o que permite esta atribuição da titularidade da informação.

3.9. Havendo, os acessos dos investigadores às plataformas e repositórios digitais e físicos do Hospital, necessários para o andamento estudo, devem ser controlados, ficando este compromisso do lado dos responsáveis pelo respetivo serviço associado ao estudo, para respeitar o princípio da limitação das finalidades e da responsabilidade¹¹.

3.10. Esses cuidados decorrem de obrigação legal e que recai sob os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde, que são obrigados a garantir a confidencialidade, a segurança das instalações e dos equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica¹².

3.11. As interações e comunicações no âmbito do projeto, que envolvam direta e indiretamente o tratamento de dados pessoais, devem ocorrer apenas através dos recursos às Tecnologias da informação e comunicação – TIC institucionais, a exemplo dos *e-mails*, formulários *online* e aplicações de trocas de mensagens e ficheiros.

¹¹ n.º 2 e alínea b do n.º 1 do artigo 5.º do RGPD.

¹² Segundo o n.º 1 do artigo 4.º da lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, sobre Informação genética pessoal e informação de saúde.



3.12. Deve-se evitar as credenciais e recursos de utilização pessoal, sob pena de responsabilização civil por eventuais prejuízos decorrentes de alguma violação aos direitos e liberdades dos titulares de dados, que tenham como origem a negligência pela utilização de recursos que não estão sob o controlo do Responsável pelo Tratamento¹³.

3.13. Isso servirá para salvaguardar a segurança do tratamento dos dados, aproveitando dos recursos das entidades envolvidas no projeto, assegurando que serão aplicadas as medidas técnicas e organizativas adequadas para o efeito¹⁴.

3.14. Os resultados do estudo devem ser publicados de modo anónimo, após a conferência da fiabilidade de resultados, garantindo que não é possível reverter, de nenhuma maneira, à titularidade dos dados utilizados para os resultados da investigação, ainda que com agregadores externos à base de dados.

3.15. Essas orientações se justificam porque haverá tratamento de dados pessoais, identificáveis (dados que, indiretamente, com recurso a um agregador externo à base de dados, são passíveis de atribuir titularidade)¹⁵.

4. O PRAZO DE CONSERVAÇÃO DOS DADOS:

4.1. O prazo de conservação dos dados não deverá ultrapassar o período que se revele necessário para a prossecução das finalidades da recolha e do tratamento posterior, se este for informado ao titular de dados.

4.2. A chave/grelha de codificação, que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada em até (5) cinco anos após o fim do estudo¹⁶. Isto respeita o princípio da limitação da conservação¹⁷, permitindo a comprovação da fiabilidade de resultados enquanto os dados são úteis e atualizados, devendo o promotor do estudo determinar o prazo adequado de acordo com as necessidades, à vista desta limitação de tempo.

4.3. Os dados deverão ser eliminados em prazo inferior caso as finalidades que justificam a conservação deixem de existir antecipadamente ao previsto¹⁸. A base de dados deve ser igualmente eliminada, no mesmo período da eliminação da chave/grelha de descodificação.

¹³ Conforme o artigo 33.º da lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD.

¹⁴ Conforme o artigo. 32.º do RGPD.

¹⁵ Conforme a definição do n.º 1 do artigo 4.º do RGPD, respeitando o compromisso de promover a segurança dos dados pessoais, previsto no artigo 32.º do RGPD.

¹⁶ Segundo a alínea J) da Deliberação da CNPD de n.º 1704/2015, aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica.

no âmbito de Investigação Clínica

¹⁷ Previsto na alínea e) do n.º 1 do artigo 5.º do RGPD

¹⁸ Conforme o n.º 1 e 2 do artigo 21.º Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.



4.4. Após o fim do período de conservação dos dados, os investigadores deverão formalmente notificar ao Hospital de que procederam com a eliminação ou anonimização, atendendo ao que refere o princípio da responsabilidade ¹⁹.

4.5. Para o efeito, deve-se integrar um registo do apagamento junto aos documentos de controlo e avaliação do projeto, submetendo uma declaração assinada pelos responsáveis do estudo (investigadores principais) e do serviço associado ao estudo, aos cuidados do Centro Académico e de Formação do HSOG (CAF), com esta referência.

5. RESPONSABILIDADE CIVIL NA INVESTIGAÇÃO E INFRAÇÃO DISCIPLINAR:

5.1. Deve-se evitar o incumprimento destas orientações, sob pena de responsabilização civil, no que toca ao dever de reparação por eventuais danos decorrentes de alguma violação aos direitos e liberdades dos titulares de dados, que tenham como origem a negligência das orientações deste parecer. Isto inclui a utilização de recursos não recomendados e que não estão sob o controlo das entidades promotoras do estudo e do Hospital, submetendo os dados dos utentes do Hospital a riscos não acautelados, o que configuraria um tratamento ilícito de dados²⁰.

5.2. Releva enfatizar que todos aqueles que, em qualquer qualidade, intervenham no estudo e que, por qualquer forma, tenham conhecimento da sua realização, ficam obrigados ao dever de sigilo, sobre quaisquer dados pessoais a que tenham acesso, mesmo após o termo das suas funções²¹, para além dos compromissos deontológicos dos profissionais sujeitos a um regime de ordem profissional;

5.3. Este enquadramento encontra-se no âmbito da responsabilidade solidária, em caso de dolo ou culpa grave dos titulares de órgãos, por parte de funcionários e agentes afetos à administração pública, que são responsáveis pelos danos que resultem de ações ou omissões cometidas com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles a que se encontravam obrigados em razão do cargo.

Esta responsabilidade recai sob os intervenientes neste projeto de investigação, desde os investigadores aos responsáveis pelos serviços, uma vez que estão afetos ao Hospital enquanto entidade pública²².

5.4. O promotor e o investigador respondem, de forma solidária e independentemente de culpa,

¹⁹ Previsto no n.º 2 do artigo 5.º do RGPD

²⁰ Conforme o artigo 33.º da lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional do RGPD;

²¹ Segundo o n.º 3 do artigo 51.º da Lei da investigação clínica, lei n.º 21/2014

²² Conforme os termos do artigo 8.º da Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro, relativamente ao regime da responsabilidade civil extracontratual do estado e demais entidades públicas.



pelos danos patrimoniais e não patrimoniais que o estudo cause ao participante, incluindo na ordem da responsabilidade disciplinar, civil, contraordenacional ou penal²³.

5.5. A nível disciplinar na função pública, os intervenientes do estudo afetos à função pública incorrem em infração disciplinar caso violem os requisitos de conformidade. Isto porque há um dever disciplinar relativamente ao comportamento do trabalhador, por ação ou omissão, ainda que meramente culposos, que viole deveres gerais ou especiais inerentes à função que exerce, o que inclui utilizar com zelo e cuidar da segurança da informação de saúde na investigação²⁴.

CONCLUSÕES PRELIMINARES:

Considerando que:

- a. O compromisso com a proteção de dados encontra-se no âmbito das condições mínimas de proteção dos participantes dos estudos clínicos²⁵.
- b. Devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais²⁶.
- c. A circulação da informação deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais, observando o princípio da intervenção mínima²⁷.
- d. Há desdobramentos de responsabilidade civil nos casos de eventuais danos materiais ou imateriais aos titulares de dados, decorrentes de violações aos seus direitos e liberdades, que tenham como origem a negligência relativamente a estas instruções de conformidade²⁸.

O parecer técnico sobre a conformidade do estudo de saúde com o regime jurídico da proteção de dados, investigação clínica e informação genética e de saúde conclui:

RISCO MÉDIO

Tendo em consideração a metodologia e as medidas de salvaguarda, a natureza, as finalidades e os dados de categorias especiais em causa, desde que seguidas as recomendações deste parecer.

REGISTO DA CONCLUSÃO FINAL

- O Estudo em conformidade com o regime jurídico da proteção de dados;
- O Estudo estará conforme o regime jurídico da proteção de dados, desde que atenda às medidas propostas;**

²³ Conforme o n.º 1 e n.º 5 do artigo 15.º da lei da investigação clínica, de n.º 21/2014, de 16 de abril.

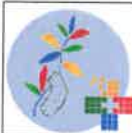
²⁴ Nos termos do artigo 183.º da lei n.º 35/2014, Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

²⁵ Conforme a alínea c) do n.º 1 do artigo 6.º da Lei da investigação clínica, de n.º 21/2014;

²⁶ Segundo o princípio da privacidade e confidencialidade, previsto no n.º 24 da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial – AMM, adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, de junho 1964;

²⁷ Segundo a base 15 da Lei de Bases da Saúde, n.º 95/2019, de 4 de setembro;

²⁸ Nos termos do artigo 33.º da lei n.º 58/2019 e do artigo 82.º do RGPD;



O Estudo não está em conformidade com o regime jurídico da proteção de dados e não são suficientes as medidas de melhoria para atenuar os riscos sobre a proteção dos dados, o que pressupõe²⁹, a submissão da metodologia do estudo e os resultados desta avaliação para a Consulta Prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Dra. Teresa Miranda

Encarregada de Proteção dos Dados do HSOG

Guimarães, **Data:** 21/06/2023

²⁹ De acordo com o artigo 36.º do RGPD.

**ANEXO VIII – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA APHASIA
RAPID TEST**



Miguel Tábuas Pereira <miguelatcp@gmail.com>
Para: Você

Boa tarde,

Fico muito contente por usá-la e estou ao dispor para o que necessitar.
Precisa da escala?
Com os melhores cumprimentos,

Justine Cardoso <jumorgado24@outlook.pt> escreveu no dia sexta, 26/05/2023 à(s) 15:40:

Exmo. Sr. Miguel Pereira

O meu nome é Justine Cardoso, sou enfermeira de cuidados gerais a exercer funções num serviço de Unidade de AVC em meio hospitalar. Estou a desenvolver o meu projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Venho por este meio solicitar a utilização da Escala Aphasia Rapid Test no serviço acima mencionado para efeitos académicos.

Atenciosamente,

Justine Cardoso

