



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

Relatório de estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO  
COMPROMETIDA DA PESSOA PÓS ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

***REHABILITATION NURSING INTERVENTIONS IN  
COMPROMISED SWALLOWING ON POS-STROKE  
PATIENTS***

Miguel Selidónio Lopes Cunha

**Almada**

**2025**



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

Relatório de estágio

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO  
COMPROMETIDA DA PESSOA PÓS ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

***REHABILITATION NURSING INTERVENTIONS IN  
COMPROMISED SWALLOWING ON POS-STROKE  
PATIENTS***

Miguel Selidónio Lopes Cunha

Orientador: Professora Ana Romão

**Almada**

**2025**

*Mesmo quando o corpo falha, o espírito pode aprender a dançar de novo.*  
*Ursula K. Le Guin*

## **AGRADECIMENTOS**

Um especial agradecimento, aos meus pais, Maria Helena e Anselmo, e à minha irmã, Madalena. Pelo carinho incondicional, pelo amor firme que me sustentou nos dias bons e, sobretudo, nos dias mais desafiantes. Pela presença constante, que mesmo à distância, nunca deixou de se sentir. Sinto, sinceramente, que me saiu a sorte grande na família que tenho. Sou quem sou por tudo o que recebi de vós. Este trabalho também é vosso. Obrigado por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu duvidei.

A ti David, agradeço profundamente pela enorme paciência, pela escuta atenta e pelo apoio constante ao longo de toda esta jornada. Estiveste sempre presente, mesmo nos momentos mais exigentes.

Aos meus amigos, agradeço o incentivo e os momentos de descontração neste último ano, fizeram a diferença.

Aos meus colegas de turma, com quem partilhei esta caminhada, agradeço pelo espírito de entreatajuda, união e motivação mútua para fazer mais e melhor.

Aos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que me acompanharam ao longo dos diversos campos de estágio, deixo o meu sincero reconhecimento. Obrigado pela paciência, disponibilidade e pelas aprendizagens valiosas que me proporcionaram.

Aos meus colegas e amigos enfermeiros da enfermaria de isolamento, agradeço pelas trocas de turno gentilmente aceites, pela compreensão e pelo apoio durante os momentos em que a conciliação entre trabalho e estudos exigiu maior flexibilidade.

Um especial agradecimento ao enfermeiro David Peças, um exemplo de excelência profissional e humana. Obrigado pela motivação constante, pelas palavras encorajadoras, pela sua dedicação, e por ser um verdadeiro modelo de valores enquanto enfermeiro. A sua disponibilidade para ajustar horários e facilitar este percurso académico foi decisiva e profundamente valorizada.

Por fim, à minha orientadora, Ana Romão, deixo uma palavra de especial gratidão. Desde o início demonstrou uma enorme disponibilidade, atenção e empenho. Obrigado pela dedicação, pelos conselhos oportunos, pela motivação constante e pela generosa partilha de conhecimentos, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

A todos vocês, o meu mais sincero bem-haja.

## **Declaração de integridade**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AHA - *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

ASA - *American Stroke Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BE FAST - *Balance, Eyes, Face, Arms, Speech, Time*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECCC - Estimulação cerebral de corrente contínua

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

EE - Enfermeiro Especialista

EMT - Estimulação magnética Transcraniana

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MRC - *Medical Research Council*

NIH - *National Institute of Health*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SPO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

TA - Tensão Arterial

TT - Temperatura Timpânica

WSO - *World Stroke Organization*

## RESUMO

A Disfagia afirma-se como uma das muitas sequelas após o acidente vascular cerebral (AVC), sendo uma das mais incapacitantes e comprometedoras da saúde global da pessoa, devido às suas complicações secundárias. A sua presença após um AVC aumenta significativamente o risco de aspiração, podendo levar ao desenvolvimento de pneumonias. Além disso, a desnutrição e a desidratação são complicações frequentes, comprometendo ainda mais o estado de saúde e a recuperação funcional da pessoa.

A elaboração deste relatório surge como a etapa final no decorrer do percurso formativo do mestrado de enfermagem de reabilitação, procurando desenvolver competências numa área de interesse pessoal, através da reflexão, aplicação e avaliação das intervenções realizadas durante o estágio. O seu conteúdo abrange uma fundamentação teórica inicial, alicerçada com os resultados obtidos através da realização de uma revisão scoping e posteriormente descrição de um estudo caso onde se contempla a ação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. A elaboração deste relatório tem como objetivo refletir, expor e analisar a intervenção realizada durante os diferentes estágios, evidenciando o desenvolvimento das competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), e pelas orientações dos descritores de Dublin do 2.º Ciclo, no âmbito da obtenção do grau de Mestre.

Para complementar e legitimar as intervenções de enfermagem realizadas, foi utilizada a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, não só para suportar a atuação na disfagia pós-AVC, mas também em todas as áreas de intervenção. De modo a planificar melhor as intervenções, foi estruturado um plano de atividades que descreve os objetivos gerais e específicos propostos para serem atingidos durante os diversos contextos de estágio.

A reabilitação revela-se de caráter crucial e promissor na capacitação, ensino, redução de riscos e tratamento da disfagia em pessoas com AVC. Através de um programa de intervenções alicerçadas em evidência científica, pretende-se não só desenvolver as competências, mas também desenvolver estratégias eficazes com foco na promoção da deglutição, e que maximizem a recuperação funcional e redução de complicações associadas à disfagia.

Palavras-chave: AVC, Deglutição, Disfagia, Enfermagem, Enfermagem de reabilitação.

## **ABSTRAT**

Dysphagia is one of the many sequelae following a stroke, and is one of the most disabling and compromising to a person's overall health due to its secondary complications. Its presence after a stroke significantly increases the risk of aspiration and can lead to the development of pneumonia. In addition, malnutrition and dehydration are frequent complications, further compromising the person's state of health and functional recovery.

This report is the final stage in the course of the master's degree in rehabilitation nursing, seeking to develop skills in an area of personal interest, through reflection, application and evaluation of the interventions carried out during the internship. Its content includes an initial theoretical foundation, based on the results obtained through a scoping review, and then a description of a case study which looks at the work of nurses specializing in rehabilitation nursing. The purpose of this report is to reflect on, present and analyze the intervention carried out during the different internships, highlighting the development of the competences laid down by the Order of Nurses for the award of the title of specialist nurse in rehabilitation nursing, and by the guidelines of the Dublin descriptors of the 2nd Cycle, within the scope of obtaining the Master's degree.

To complement and legitimize the nursing interventions carried out, Dorothea Orem's Self-Care Theory was used, not only to support action in post-stroke dysphagia, but also in all areas of intervention. In order to better plan the interventions, an activity plan was structured which describes the general and specific objectives proposed to be achieved during the various internship contexts.

Rehabilitation proves to be crucial and promising in the training, teaching, risk reduction and treatment of dysphagia in people with strokes. Through a program of interventions based on scientific evidence, the aim is not only to develop skills, but also to develop effective strategies focused on promoting swallowing and maximizing functional recovery and reducing complications associated with dysphagia.

Key words: Stroke, Deglutition, Dysphagia, Nursing, Rehabilitation nursing

# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. Enquadramento</b> .....	14
1.1. Acidente vascular Cerebral .....	14
1.1.1. Tipos de AVC .....	14
1.1.2. Fatores de risco .....	15
1.1.3. Manifestações clínicas e sequelas do AVC .....	16
1.2. A Deglutição .....	17
1.2.1. Disfagia no AVC .....	17
1.2.2. Avaliação da deglutição .....	18
1.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida na pessoa pós Acidente Vascular Cerebral. ....	19
1.4. Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem .....	25
<b>2. Análise e reflexão das atividades desenvolvidas</b> .....	27
2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....	27
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	28
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	31
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados .....	33
2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	39
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. ....	39
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. ....	45
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. ....	49
<b>3. Considerações Finais</b> .....	52
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	54

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de estágio

APÊNDICE 2 – Revisão Scoping

APÊNDICE 3 – Guia de mobilizações e posicionamentos no leito

APÊNDICE 4 – Folheto informativo: Disfagia

APÊNDICE 5 – Relatório de Situação: Incontinência Urinária e Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

APÊNDICE 6 – Sessão de formação: Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência urinária

APÊNDICE 7 – Sessão de formação: Reeducação da deglutição: técnicas e manobras

APÊNDICE 8 – Sessão de formação: Cuidar a pessoa com demência: Comunicação e Relacionamento

APÊNDICE 9 – Estudo de Caso: Neurocirurgia

APÊNDICE 10 – Estudo de caso: UCC

APÊNDICE 11 – Póster: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida na Pessoa pós AVC: Revisão Scoping

APÊNDICE 12 – Comunicação Oral: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida na Pessoa pós AVC: Revisão Scoping

APÊNDICE 13 – Póster: Reabilitar a Pessoa com Incontinência Urinária Diagnóstico de situação num serviço de neurocirurgia

APÊNDICE 14 – Sessão de formação “Estilo de vida saudável? AVC improvável”

APÊNDICE 15 – Guia de Autocuidados e Produtos de Apoio

## **ANEXOS**

ANEXO 1 – Certificado de comunicação oral livre nas III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: Conquistas e Desafios

ANEXO 2 – Certificado de participação nas III Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: Conquistas e Desafios

ANEXO 3 – Certificado de presença e comunicação oral livre nas V Jornadas científicas universitárias e politécnicas Egas Moniz

ANEXO 4 – Certificado de apresentação de Póster nas V Jornadas científicas universitárias e politécnicas Egas Moniz

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da unidade curricular de estágio do 2.º ano do mestrado em enfermagem de reabilitação a decorrer na Escola Superior De Saúde Egas Moniz, nasce este relatório de estágio que pretende expor o trabalho desenvolvido intitulado de Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida da pessoa pós Acidente Vascular Cerebral.

O presente relatório tem como objetivos: Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nos diversos domínios de intervenção, com foco na promoção do autocuidado, da independência funcional e, conseqüentemente, da melhoria da qualidade de vida da pessoa e aprofundar as competências do EEER na promoção da deglutição em pessoas após um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Assim, este relatório visa evidenciar o processo de consolidação das competências do Enfermeiro Especialista (EE) e, em particular, do EEER, em conformidade com os domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº 140/2019; Regulamento 392/2019).

Atualmente, os cuidados de saúde e em especial os cuidados de enfermagem, têm vindo a ganhar cada vez mais importância e destaque, quer pelo avanço científico na saúde, quer pelo aumento da esperança média de vida. A procura de mais conhecimento e melhores formas de cuidar, levam a que a ciência da enfermagem se desenvolva e se diferencie cada vez mais (Pestana, 2016).

Segundo o Regulamento de competências específicas do EEER, a enfermagem de reabilitação integra um conjunto de saberes e procedimentos específicos que visam dar resposta a comorbilidades agudas, crónicas ou mesmo gerir e lidar com sequelas, maximizando o seu potencial funcional. De forma global, pretende-se promover a melhoria das capacidades funcionais, a autonomia nas atividades do dia a dia e o bem-estar pessoal, contribuindo assim para a preservação da autoestima (Regulamento nº 392/2019).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), o AVC afirma-se como a segunda causa de morte em todo o mundo e a terceira responsável por incapacidades e sequelas. As complicações decorrentes de um AVC são diversas e dependem de vários fatores, como a localização e extensão da lesão, que posteriormente irá determinar o grau das complicações apresentadas pela pessoa. Segundo a American Stroke Association (ASA, 2024), a ocorrência de AVC poderá trazer alterações drásticas, podendo afetar profundamente o estilo de vida da pessoa e a sua capacidade de interação com o seu meio envolvente. O AVC assume-se como um dos principais responsáveis pelo compromisso da deglutição, tornando a disfagia uma das complicações mais frequentes associadas a esta condição (Sá et al., 2023).

A deglutição apesar de ser um processo natural e automático, é também um processo complexo que está dependente de ações neuromusculares voluntárias e involuntárias coordenadas, sendo que a região anatômica onde esta ocorre é partilhada com o sistema respiratório (Wilkinson et al., 2021). Particularmente no que toca a alterações a nível da deglutição, estas acarretam uma série de consequências secundárias tais como a diminuição do aporte nutricional adequado e o aumento do risco de aspiração e levando ao desenvolvimento subsequente de pneumonias por aspiração.

Neste sentido, a preferência pela área da disfagia na pessoa no pós-AVC admite-se como uma área de interesse pessoal e profissional específico reconhecendo-se o seu potencial para contribuir para uma prática de enfermagem mais diferenciada e qualificada, promovendo uma recuperação mais eficaz e a capacitação funcional da pessoa. Uma intervenção adequada e precoce na pessoa com compromisso da deglutição permitirá não só evitar complicações posteriores mais graves, mas também maximizar o potencial de recuperação, devolvendo-lhe autonomia e independência e consequentemente qualidade de vida.

Ao EE É requerido que compreenda as dinâmicas e contexto da sua intervenção. A realização de estágios em diversos contextos clínicos permitiu aprendizagens essenciais, facilitando a consolidação e aquisição de conhecimentos. Assim, a componente de estágio deve ser considerado um elemento central na transição de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, destacando-se como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e aquisição de novas competências (Pestana, 2016).

Os diferentes locais de estágio abrangeram uma diversidade de contextos e ambientes onde se operacionalizou a prática especializada em enfermagem de reabilitação, evidenciando a sua importância nos diversos contextos de cuidados. O período de estágio iniciou-se com a realização do Projeto de estágio (APÊNDICE 1), tendo sido desenvolvido ao longo do estágio curricular tendo-se iniciado a 20 de maio de 2024 e foi concluído a 28 de novembro do mesmo ano, decorrendo, por ordem cronológica, nos seguintes contextos clínicos: Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Serviço de Ortopedia; e, por último, Serviço de Neurocirurgia.

Este trabalho está estruturado de forma a proporcionar uma abordagem sistemática e fundamentada sobre a temática em estudo, iniciando-se com a introdução, na qual se apresentam os objetivos e a relevância da problemática, seguida do enquadramento teórico, sustentado pelos resultados obtidos na *scoping review* (APÊNDICE 2) previamente realizada. Neste contexto, destaca-se o contributo da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, cuja aplicabilidade na enfermagem de reabilitação se revela essencial para a promoção da autonomia e funcionalidade da pessoa, nomeadamente na criação de um

plano de reabilitação adaptado. Posteriormente, procede-se à descrição e análise das atividades desenvolvidas, evidenciando o percurso formativo e as intervenções realizadas para a aquisição e consolidação das competências exigidas para o exercício profissional como EE e EEER.

O presente relatório está em conformidade com o acordo ortográfico da língua portuguesa e seguirá as diretrizes estabelecidas pela 7.<sup>a</sup> edição da American Psychological Association (APA). Está também alinhado com os descritores de Dublin para o 2.<sup>o</sup> ciclo de estudos, necessários para a obtenção do grau de mestre.

# 1. Enquadramento

## 1.1. Acidente Vascular Cerebral

O AVC pode ser caracterizado como uma alteração, a nível neurológico, súbita que dura mais de 24 horas (ou que causa morte) com provável origem vascular e posterior confirmação imagiológica (Sacco et al., 2013). É de notar também que nos últimos 30 anos, a ocorrência de AVC a nível global tem vindo a aumentar significativamente, visto que no período de 1990 a 2019, o número absoluto de AVC aumentou em 70%, enquanto a taxa de incidência diminuiu em 17,0% (Mensah et al., 2023; Tsao et al., 2023). De acordo com a World Stroke Organization (WSO), 56% dos AVC ocorrem em pessoas do sexo feminino e estima-se que 1 em cada 4 pessoas venha a desenvolver AVC ao longo da sua vida (WSO, 2022).

Relativamente ao nosso país, em 2023, 9117 óbitos foram causados por AVC, verificando-se uma diminuição de 4,6% em relação ao ano anterior, apurando-se também uma taxa de mortalidade de 86,7% em cada 100 mil habitantes, comparativamente mais baixa à taxa do ano anterior (92,1%) (INE, 2023). Em Portugal, a cada hora três portugueses sofrem um AVC, uma delas não sobrevive e, metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes (SPMI, 2021).

### 1.1.1. Tipos de AVC

O AVC pode ser dividido em dois tipos dependendo da origem da interrupção do fluxo de sangue. Quando um vaso fica bloqueado impedindo a circulação sanguínea cerebral denomina-se AVC Isquémico. Este défice da circulação cerebral ocorre devido à formação de placas de gordura denominadas ateroclastos, que se vão formando ao longo das paredes dos vasos sanguíneos podendo originar coágulos de sangue (trombose) ou mesmo pequenas porções do ateroma que se libertam e viajam até um vaso de menos calibre obstruindo-o (embolismo) (ASA, 2020).

O acidente que ocorre devido a uma hemorragia cerebral originada pelo rompimento de um vaso ou rutura de um aneurisma denomina-se por AVC hemorrágico, e dentro deste tipo, os AVC podem ainda ser classificados ainda como Hemorragia Intracerebral ou Hemorragia Subaracnoídea (ASA, 2020).

Cerca de 87% dos AVC são do tipo isquémico e 13% são de carácter hemorrágico, sendo que os AVC hemorrágicos são de natureza mais grave. Em ambos, a pessoa pode presenciar sequelas e complicações a curto e longo prazo ou mesmo causar a morte

(National Institute of Health, 2023). Independentemente da sua tipologia, o AVC é considerado como uma emergência médica e representa atualmente uma das principais causas de morte e incapacidade permanente em Portugal. Neste contexto sendo que torna-se essencial a presença e atuação de enfermagem, contribuindo positivamente para um prognóstico mais favorável (Figueira et al., 2025).

Não obstante os tipos de AVC já mencionados, é importante mencionar ainda o Acidente Isquémico Transitório (AIT), caracterizado pelo bloqueio transitório e temporário de um vaso cerebral. À semelhança dos tipos de acidentes mencionados anteriormente, os AIT partilham dos mesmos sinais e sintomas, sendo que apenas duram poucos minutos e desaparecem sozinhos (ASA, 2020).

### 1.1.2. Fatores de risco

Verifica-se que os AVC, independentemente de serem de natureza isquémica ou hemorrágica, partilham diversos fatores de risco semelhantes. Estes podem ser classificados em fatores modificáveis tais como hipertensão arterial; tabaco; álcool; diabetes; dieta; atividade física; obesidade; colesterol elevado; fibrilhação auricular e história de enfarte agudo do miocárdio, ou seja, fatores que a pessoa consegue controlar e alterar através de mudanças no seu estilo de vida; e não modificáveis (sexo, idade, etnia, história familiar), referentes aos fatores inerentes à pessoa, que não podem ser alterados e estão fora do seu controle (ASA, 2024).

Segundo a WSO (2017), 90% dos AVC são causados por um conjunto de 10 fatores de risco como a: hipertensão arterial; sedentarismo; dieta; colesterol; obesidade; hábitos tabágicos; hábitos alcoólicos; presença de fibrilhação auricular; diabetes; baixos níveis de rendimento e educação.

De facto, sendo o cérebro um órgão extremamente complexo, e o responsável pelo controlo das funções do organismo, assume-se que para preservar a saúde da pessoa e o funcionamento pleno, há que saber quais são os fatores de risco e como interpretá-los para que se tome ação o mais precocemente possível e também adotar medidas preventivas eficazes para promover a saúde e bem-estar. É também fundamental reconhecer que muitos destes fatores estão interligados, formando um ciclo vicioso que pode aumentar significativamente a probabilidade de um AVC, sendo por isso importante entender os fatores de risco, evitar a sua progressão (ASA, 2024).

### 1.1.3. Manifestações clínicas e sequelas do AVC

Os sinais e sintomas de um AVC surgem, habitualmente, de forma súbita, pelo que é fundamental saber reconhecê-los para permitir uma atuação rápida e eficiente. Para uma fácil e pragmática deteção dos sinais e sintomas existem mnemónicas que ajudam na identificação de um possível AVC, tais como a "BE FAST" (*Balance, Eye, Face, Arms, Speech, Time*), significando respetivamente observar a perda de equilíbrio (B), alterações na visão (E), observar a face da pessoa nomeadamente o desvio da comissura labial (F), observar perda de força de um membro ou lado do corpo (A), alterações no discurso (S) e por fim ligar o 112 (T) (Genentech, 2021).

As sequelas de um AVC variam conforme o local e a gravidade da lesão. A nível motor, a principal consequência verificada é a hemiplegia contralateral, caracterizada pela ausência de movimentos voluntários no hemicorpo afetado, com flacidez e diminuição do tônus muscular (Aze et al., 2023). Sem intervenção adequada, podem surgir padrões compensatórios que, a longo prazo, levam à espasticidade, perda de equilíbrio e compromisso do controlo postural (Menoita, 2012).

A nível sensorial, observa-se redução da sensibilidade no hemicorpo lesado, afetando a perceção térmica, dolorosa e tátil. As alterações visuais incluem hemianopsia, diplopia e agnosia, enquanto no campo auditivo pode haver diminuição da acuidade ou hipersensibilidade ao som. São comuns também alterações na perceção da imagem corporal, negligência unilateral, dificuldades na perceção de profundidade e posição no espaço, bem como a presença de apraxia (Branco & Santos, 2010).

As funções linguísticas também podem ser comprometidas, sendo a afasia a manifestação mais frequente. Esta pode ser classificada em afasia de Broca (motora), afasia de Wernicke (compreensão), afasia global, afasia anómica e afasia de condução. Além disso, podem surgir outras dificuldades como alexia, acalculia, disartria e anúsia (Le et al., 2024).

Relativamente às alterações comportamentais e cognitivas, é comum a labilidade emocional, défices de atenção e dificuldades no controlo das próprias ações, resultando em menor interesse e iniciativa para as atividades da vida diária (AVD) (Branco & Santos, 2010).

A intervenção precoce é essencial para minimizar complicações e otimizar a recuperação. Em 2024, a Via Verde AVC foi ativada 7886 vezes em Portugal (INEM, 2025). Estes números destacam a importância de uma atuação precoce para diminuir as comorbilidades e maximizar a recuperação da pessoa.

## 1.2. A Deglutição

Várias estruturas participam na deglutição, podendo ser divididas em internas e externas. As estruturas externas compreendem os lábios, cavidade oral, palato, língua e garganta. As estruturas internas compreendem ossos como o hioide, esfenoide, mandíbula e vertebrae cervicais; músculos como os constritores faríngeos e os responsáveis pela mastigação e os nervos cranianos (trigêmeo, facial VII, glossofaríngeo, vago, grande-hipoglosso) em que cada uma destas componentes tem a sua função coordenada que possibilita uma deglutição eficaz (Silva, 2016).

A deglutição pode ser dividida em 4 fases: fase preparatória oral, oral, faríngea e esofágica. A fase preparatória oral compreende a entrada do alimento na cavidade oral. A fase oral engloba a mastigação e formação do bolo alimentar, elevação e propulsão do bolo pela língua até a faringe. A fase orofaríngea compreende a elevação do palato mole tapando a orofaringe, movimentação da laringe e do osso hioide ocorrendo elevação e anteriorização, movimentação posterior da epiglote para oclusão e interrupção da via respiratória, encurtamento da faringe. Por fim, a fase esofágica compreende o relaxamento do esfíncter superior do esófago, passagem do bolo alimentar pelo mesmo ocorrendo contração sequencial, relaxamento do esfíncter inferior do esófago e por fim chegada do bolo alimentar ao estômago (Silva, 2016).

### 1.2.1. Disfagia no AVC

Quando se verifica uma dificuldade ou incapacidade de deglutir os alimentos, estamos perante a disfagia, termo que deriva do grego *dys* (dificuldade) e *phagien* (comer). Em pessoas que sofreram AVC, a expressão mais comum é a disfagia orofaríngea, sendo que está relacionada com a diminuição do tônus muscular, da força e sensibilidade dos músculos da face, mandíbula e língua (Menoita, 2012).

O grau de compromisso neurológico vai estar diretamente relacionado com o local e a gravidade do AVC, em que quando a disfagia surge, normalmente está relacionada com as fases oral e/ou de deglutição. Scores mais elevados na escala de NIHSS estão coerentes com um maior risco de sobreviventes de AVC manifestarem disfagia e conseqüentemente maior risco de complicações associadas como aspiração, verificando-se assim a necessidade de uma avaliação e intervenção precoce (Sá et al., 2023) .

Na fase aguda do AVC, a disfagia manifesta-se, entre 40 a 70% dos casos, nos três primeiros dias e o risco de aspiração entre 20 a 45% nos cinco primeiros dias (Mourão et al., 2016). Também em 2016, Arnold et al., revelou que num total de 570 pessoas que sofreram AVC, cerca de 118 (20,7%) foram diagnosticados com disfagia. Para Yang et al.

(2021), a percentagem de pessoas com alterações da deglutição após um AVC pode ir entre 20% a 47%, revelando também que esta comorbidade pode estar associada a maior risco de mortalidade e necessidade de cuidados a longo prazo. Embora a existência de vários estudos, todos tratam realidades diferentes, não havendo consenso sobre a percentagem exata da manifestação de disfagia no pós AVC. Entretanto, estudos mais recentes como o de Huang et al. (2023), relatam que numa amostra de 1651 pessoas com AVC, apenas 11,45% manifestação alterações da deglutição.

A disfagia não traz apenas défices a nível do aporte nutricional e desidratação, mas também pode conduzir a outro tipo de complicações tais como acumulação de secreções e pneumonias de aspiração sendo esta última identificada como a complicação mais frequentemente associada ao reinternamento pós-AVC (Menoita, 2012). Assim, a abordagem à pessoa sobrevivente de AVC deve ser precoce, englobando estratégias que compensem as limitações adquiridas com o AVC, permitindo à pessoa alimentar-se com o mínimo de riscos associados (Braga, 2016).

### 1.2.2. Avaliação da deglutição

A avaliação da deglutição à pessoa que sofreu AVC deve ser de carácter prioritário e deve ser realizada durante as primeiras 24 horas da admissão hospitalar, pelo EEER (Domingos & Veríssimo, 2014).

Segundo a World Gastroenterology Organization, existem dois tipos de disfagia, a orofaríngea e a esofágica. No que diz respeito á disfagia orofaríngea, sendo esta a mais apresentada em sobreviventes de AVC, também denominada de disfagia "alta", refere-se ao compromisso oral e orofaríngeo traduzindo-se principalmente na dificuldade de iniciar a deglutição. Manifestações habitualmente associadas e observadas nesta disfagia são a deglutição repetitiva; regurgitação nasal; redução do reflexo de tosse; fala anasalada; engasgamento e pneumonias de aspiração (Malagelada et al., 2014).

A avaliação do compromisso da deglutição deve focar-se na causa e gravidade da alteração observada e determinar se a disfagia é orofaríngea ou esofágica para que se consiga delinear o planeamento e posterior avaliação dos resultados da reabilitação (Selvanderan et al., 2021).

A disfagia pode ser diagnosticada através de uma avaliação instrumental, com recursos a instrumentos como a videofluoroscopia ou videoendoscopia (sendo que a sua utilização implica custos dispendiosos e nem sempre se encontram à disposição) ou através de uma avaliação clínica, sendo a forma mais utilizada na avaliação da deglutição (Padovani et al., 2011; Sá et al., 2023).

Esta avaliação pode e deve ser feita pelo enfermeiro e deve abranger uma anamnese rigorosa com recolha de informações a nível da história clínica da pessoa, sinais relevantes e análise estrutural e funcional das estruturas corporais responsáveis pela deglutição para descartar fenómenos frequentes como a odinofagia, sendo que o enfermeiro deve recorrer à utilização de escalas e testes devidamente validados tais como a Penetration-Aspiration Scale, Swal-QOL, Swal CARE, the Dysphagia Outcome Severity Scale. Aspetos a ter em conta na avaliação inicial compreendem a avaliação vocal e da linguagem (afasias, disartrias e disfonias podem estar associadas ao compromisso da deglutição), sensibilidade tátil e oral bem como o paladar, reflexos como o vômito e palatal e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios (Sá et al., 2023). Menoita, (2012) refere também que antes de administrar qualquer líquido ou sólido à pessoa com AVC deve-se determinar de antemão o controlo da cabeça na posição sentado; avaliar a simetria interna da boca e da face e observar a capacidade de abrir e fechar os lábios.

### 1.2.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida na pessoa pós Acidente Vascular Cerebral

A disfagia é uma das sequelas mais graves após um AVC, impactando fortemente a saúde da pessoa devido às complicações associadas. A reabilitação desempenha um papel crucial no tratamento da disfagia na pessoa pós-AVC, com programas e intervenções de reabilitação sustentadas em evidência científica. Para aprofundar o conhecimento sobre o tema, foi realizada uma revisão scoping que analisou a evidência científica disponível e que pretendeu mapear as intervenções do EEER, identificando várias categorias importantes para abordar a disfagia na pessoa pós AVC.

#### Reeducação Convencional da deglutição

Apesar do treino de deglutição forçada ser já um método bastante utilizado, este estudo Park et al. (2019) pretendeu perceber a sua verdadeira eficácia, pois refere que a evidência clínica existente é ainda insuficiente. Participaram no total 20 pessoas que sofreram AVC que manifestaram alterações da deglutição e foram divididas em 2 grupos. O grupo de intervenção foi alvo de exercícios de deglutição forçada. As pessoas foram instruídas a empurrar a língua firmemente para o palato, enquanto apertavam os músculos do pescoço, e a engolir com a maior força possível. Foi pedido aos participantes para realizarem 10 repetições por sessão, 3 sessões por dia, 5 dias por semana ao longo de 4

semanas seguidas. O grupo de controlo foi instruído a deglutir naturalmente sem força intencional dos músculos da língua e do pescoço, de acordo com o mesmo programa do grupo experimental. Os participantes foram supervisionados e encorajados durante os exercícios por um terapeuta ocupacional e ambos os grupos receberam a mesma terapia convencional para a disfagia (técnicas compensatórias como a flexão do queixo e a inclinação e rotação da cabeça; técnicas terapêuticas como exercícios musculares orofaciais, estimulação tácteis e térmica). Os resultados do estudo concluíram que no grupo de intervenção observou-se melhorias significativas to que toca á força da língua bem como em toda a fase oral da deglutição, em comparação ao grupo de controlo (Park et al., 2019).

### Estimulação Cerebral de Corrente Contínua (ECCC)

Um estudo randomizado de Hyun et al. (2017) pretendeu estudar o efeito da ECCC em ambos os hemisférios cerebrais dos participantes utilizando o dispositivo Neuroconn GmbH desenvolvido na Alemanha. Durante o ensaio, no grupo de intervenção foram realizadas um total de 10 sessões de 20 minutos com 1mA (miliamperes) de intensidade com um total de 5 sessões por semana durante 2 semanas. No grupo de controlo foi realizado o mesmo protocolo de sessões, no entanto a estimulação elétrica de 1mA foi apenas aplicada durante 30 segundos, produzindo apenas ligeira sensação de formigueiro e sem outras alterações ou variações na excitabilidade cortical. Associado á ECCC, ambos os grupos foram alvo da reeducação convencional da deglutição. Os resultados referem que ambos os grupos apresentaram melhorias, sendo que o grupo de intervenção conseguiu melhor score nas escalas de avaliação utilizadas. Ainda em 2017, outro estudo realizado por Suntrup-Kruger et al. (2017) pretendeu investigar os efeitos da ETCC em 59 participantes que sofreram AVC. No grupo de intervenção foi administrada ETCC com intensidade de 1mA durante 20 minutos 1 vez por dia ao longo de 4 dias consecutivos. No grupo de controlo foi apenas administrada ECCC durante 30 segundos, e deixados os eléctrodos colocados nos participantes sem qualquer estimulação os restantes 20 minutos. Ambos os grupos foram também alvo de reeducação convencional no tratamento da deglutição durante o período de estimulação. A avaliação da eficácia do estudo foi realizada com auxílio de endoscópio e utilizada a escala Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Scale (FEDSS). O estudo revelou que os participantes do grupo de intervenção demonstraram melhorias significativas em comparação com o grupo de controlo. Mais recentemente, Farpour et al. (2023) pretenderam perceber a eficácia da estimulação elétrica cerebral no giro supramarginal. No grupo de intervenção testou-se a estimulação elétrica no giro supramarginal através do dispositivo Neurostim 2 sendo aplicada intensidade de 2 mA durante 20 minutos ao longo de 5 dias, todos os dias. No grupo de controlo foi administrada a mesma intensidade durante 30 segundos, mas apenas no início

e no fim do ensaio. Durante o ensaio, todos os participantes receberam terapias convencionais de reabilitação da deglutição. A avaliação da deglutição foi realizada com uso da escala Functional Oral Intake Scale (FOIS) e Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) por um profissional de saúde. No final do estudo os participantes do grupo de intervenção conseguiram score mais favorável do que os participantes do grupo de controlo concluindo que a ETCC pode ser uma boa estratégia no tratamento da disfagia.

### Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)

No ensaio randomizado por Cheng et al. (2017) pretendeu-se perceber os benefícios da EMT no tratamento da disfagia em pessoas com AVC. Participaram 15 pessoas tendo sido investigados os efeitos a curto (2 meses) e longo prazo (6 a 12 meses) da estimulação magnética a 5 Hz, através do dispositivo *Magstim Rapid*. O local da estimulação foi determinado alicerçado em 2 fatores importantes: a língua atua como o protagonista na transportação do óbolo alimentar durante fase oral da deglutição; estudos anteriores apontam que estimulação no hemisfério onde ocorreu o AVC com frequência > 1Hz poderiam levar a excitação cortical, aumentando e melhorando o processo de deglutição. Assim, os autores ponderaram a hipótese de que através da estimulação a área da língua no córtex motor do hemisfério afetado, as funções da língua poderiam ser melhoradas e consequentemente melhorar o processo de deglutição. No grupo de intervenção recebeu 30 series de 100 impulsos a 5Hz com intervalos de 15 segundos entre series, todos os dias durante 10 dias, num período de 2 semanas. O grupo de controlo conectado a um aparelho falso e apenas simulada a estimulação magnética, seguindo o mesmo protocolo de series do grupo de intervenção. Os resultados do estudo revelaram que a estimulação a 5Hz não se demonstra eficaz no tratamento da disfagia pós AVC.

O ensaio conduzido por Zhong et al. (2023) pretendeu perceber o potencial da EMT no tratamento da disfagia em pessoas no pós AVC. Foram incluídos no ensaio 84 participantes, divididos em dois grupos em que o grupo de intervenção recebeu EMT bilateralmente no cerebelo com intensidade de 10Hz realizados 250 pulsos ao longo de 4 minutos e 35 segundos seguindo de 10 segundos de intervalo tendo sido executado 5 dias por semana ao longo de 2 semanas com objetivo de estimular área motora da faringe. No grupo de controlo foi aplicada EMT falsa, durante o mesmo período. Após o período de estimulação, ambos os grupos receberam terapia de deglutição convencional incluindo treino de reabilitação durante 30 minutos por dia (treino muscular da orofaringe, posicionamentos adequados) ao longo de 5 dias por semana com um total de 10 dias. A avaliação do estudo foi realizada com auxílio de endoscópio e utilizada a escala FEDSS, tendo como resultado que a EMT pode ser considerada uma terapia complementar no tratamento da disfagia.

Conclui-se assim que a eficácia da EMT parece estar relacionada com a frequência e local da estimulação pois enquanto a estimulação a 5 Hz não demonstrou efeitos significativos, a aplicação a 10 Hz, quando associada a outras abordagens, mostrou resultados promissores.

#### Estimulação neuromuscular periférica (ENMP)

Umay et al. (2017) pretendeu estudar o efeito da ENMP diretamente no músculo masséter, um dos principais músculos responsáveis pela mastigação. O estudo contou com 98 participantes, tendo sido separados aleatoriamente em grupo experimental e grupo de controlo. Ambos os grupos receberam terapia convencional para a deglutição durante 60 minutos por dia, 5 dias por semana durante 4 semanas. Além do tratamento convencional, o grupo de estimulação recebeu ainda ENMP nos músculos masséter através do dispositivo Intellect Advanced Chattonooga device (desenvolvido no Reino Unido) durante 60 minutos, 5 dias por semana, durante 4 semanas consecutivas, com um total de 20 sessões.

No grupo de controlo, os participantes foram conectados ao dispositivo, no entanto sem receber qualquer estimulação elétrica. A avaliação e apuramento dos resultados foi realizado com auxílio de escalas de avaliação como a Bedside Dysphagia Score (BDS) e Neurological Examination Dysphagia Score (NEDS), com recurso a videoendoscopia. Os autores concluíram que a estimulação elétrica no masséter revela-se eficiente no tratamento da disfagia na pessoa no pós AVC, podendo também contribuir positivamente na melhoria da função cognitiva.

Já em Itália, em 2019, foi conduzido um estudo com fim a perceber as vantagens da ENMP através de um ensaio randomizado com 33 participantes com AVC e que manifestaram disfagia. Aos participantes do grupo experimental foi administrada estimulação neuromuscular através do dispositivo VitalSim®, já no grupo de controlo, os participantes foram conectados ao mesmo dispositivo, mas sem receberem qualquer estimulação. Ambos foram também alvo de reeducação convencional da deglutição. Relativamente aos meios de avaliação, foi principalmente utilizada a escala FOIS bem como meios instrumentais como a videoendoscopia. Este estudo revelou melhorias significativas no grupo onde a estimulação foi realizada, tendo sido também apurado a diminuição do tempo de entubação nasogástrica após a combinação entre a ENMP e TCD (Simonelli et al., 2019).

Um estudo realizado na Turquia pretendeu perceber o potencial da estimulação neuromuscular elétrica diretamente nos músculos infraioide e supraioide no tratamento da disfagia após AVC. Ambos os grupos foram alvo de reeducação convencional da deglutição compreendendo. No grupo de intervenção, a estimulação neuromuscular foi aplicada utilizando o dispositivo VitalSim® (EUA) sendo realizadas 15 sessões de 45

minutos, 5 dias por semana durante 3 semanas. Para a avaliação foram utilizadas as escalas de FOIS, EAT-10, SWAL-QQL e VRQQL, sendo também utilizada fibroendoscopia para avaliação mais profunda. Os resultados demonstram que a estimulação neuromuscular pode ser utilizada com um tratamento complementar. Nas avaliações posteriores ao estudo, os autores entenderam que apenas com a utilização adequada e completa da terapia convencional para a deglutição reflete resultados significativos sem serem utilizados recursos adicionais. Os autores sugerem mais investigação da estimulação neuromuscular para averiguar se a sua utilização é significativa no tratamento da deglutição (Cakmak et al., 2023).

Os estudos analisados demonstram que a utilização da ENMP no tratamento da disfagia traz benefícios, com melhorias mais significativas quando associada à TDC. Todavia, ainda é necessária mais investigação para uma compreensão mais aprofundada.

#### Treino muscular e de resistência

Um ensaio conduzido na Coreia do Sul pretendeu perceber o contributo de exercícios flexão do queixo contra uma resistência (EFQCR) para promover a força e resistência dos músculos suprahioides, músculos necessários no processo de deglutição. O estudo foi conduzido com 25 participantes divididos em grupo de intervenção e de controlo. Os EFQCR foram realizados com auxílio do dispositivo (ISO-CTAR *Device*) e compreenderam exercícios isométricos em que os participantes foram solicitados a inclinar o queixo contra o dispositivo 3 vezes durante 60 segundos; e exercícios isotónicos em que os participantes teriam que realizar 30 repetições consecutivas pressionando contra a resistência do dispositivo com o queixo. Ambos os grupos receberam reeducação convencional da deglutição. O estudo demonstrou que uso de EFQCR pode surgir como intervenção complementar no tratamento da disfagia (Park et al., 2018).

Por outro lado, na Suécia um estudo tentou perceber qual o benefício da utilização do dispositivo oral *Muppy*® no tratamento e recuperação das pessoas com AVC que apresentassem disfagia. A utilização do dispositivo *Muppy*® prendesse com a estimulação sensorial e fortalecimento muscular da face, boca e músculos faríngeos. Durante o estudo, os participantes do grupo de intervenção colocaram o *Muppy*® entre os dentes e os lábios, com estes cerrados. Foi pedido posteriormente para segurar o dispositivo com a boca e tentar resistir a uma força de puxão horizontal gradualmente crescente durante 5-10s, tendo sido realizado 3 vezes por sessão, com um total de 3 sessões diariamente antes das refeições principais. Ambos os grupos foram alvo de estimulação sensorial e vibratória com recurso a uma escova de dentes elétrica com o objetivo de estimular o músculo bucinador. A avaliação ficou a cargo de um profissional de enfermagem tendo sido utilizado o *Timed Water-Swallow Test (TWST)*. OS resultados concluídos pelo estudo revelaram que o treino muscular com uso do dispositivo *Muppy*® não demonstraram benefícios significativos logo

após as 5 semanas do decorrer do estudo, no entanto manifestaram-se melhorias a longo termo (Hägglund et al., 2020).

Guillen-Sola et al., 2021), desenvolveram um protocolo de um ensaio randomizado com o objetivo de perceber se a Reabilitação funcional respiratória (RFR) pode melhorar a eficácia da deglutição e reduzir o risco de aspiração em sobreviventes de AVC. O grupo de Intervenção seria submetido a RFR com auxílio de uma Válvula Inspiratória *Orygen* (Forumed S.L, Barcelona, Catalonia, Spain), que possibilita treinar simultaneamente a inspiração e expiração. Seria pedido posteriormente aos participantes do grupo de intervenção que realizassem 5 séries de 10 repetições (inspiração e expiração) 3 vezes por dia, ao longo de 7 dias por semana durante 8 semanas. Ao grupo de controlo iria ser facultado uma Válvula *Orygen* falsa, seguindo o mesmo protocolo.

### Higiene Oral

Em Taiwan, um estudo de Chen et al. (2019), procurou avaliar o contributo de um plano de higiene oral antes da terapia convencional para a deglutição com 66 pessoas com AVC e que tinham SNG participaram no estudo. Os participantes do grupo de controlo receberam os cuidados orais habituais prestados na unidade (por exemplo, escovagem de dentes escovagem de dentes ou limpeza com esponja) duas vezes por dia (de manhã e à noite) e receberam um manual de instruções para promover a alimentação (incluindo informações como a escolha de alimentos e dicas de alimentação segura). No grupo de intervenção, para além dos mesmos cuidados e manual do grupo de controlo, foram realizados cuidados de higiene oral 30 minutos antes do treino de deglutição, 3 vezes por semana, durante 3 semanas. Os autores instruíram os cuidadores dos participantes do grupo de intervenção sobre os procedimentos e materiais necessários para a higiene oral (escova de dentes elétrica, fio dentário, escova interdentária e equipamento de sucção). Relativamente á avaliação, foram utilizadas escalas como o FOIS, *Oral Health assesment Toll* (OHAT), *Mini-Nutritional Assessment-Short Form* (MNA-SF), sendo que as escalas foram aplicadas pelos enfermeiros do serviço onde as pessoas se encontravam internados. Os resultados demonstraram que no grupo de interação, 21, 2% dos participantes do grupo de intervenção tiveram a sua SNG retirada e apenas 6,1% dos participantes retiraram no grupo de controlo. Assim, o estudo demonstra resultados promissores no tratamento da disfagia, os enfermeiros podem aplicar este programa de saúde oral como uma rotina de enfermagem durante a reabilitação de pessoas com um AVC com disfagia que precisam de ser submetidos a um treino de deglutição, para promover a saúde oral e a ingestão oral funcional.

### 1.3. Teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem

Criada por Dorothea Orem entre 1959 e 1985, a teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem é amplamente utilizada e reconhecida, tendo como foco principal o Autocuidado, enfatizando a participação ativa da pessoa no seu próprio autocuidado e a necessidade da intervenção do enfermeiro quando a pessoa carece da capacidade de o realizar (Orem, 2001).

Entende-se por autocuidado como um conjunto de ações que promovem e beneficiam a pessoa, sempre com o objetivo de preservar a sua vida e funcionamento saudável bem como dar continuidade ao seu desenvolvimento e bem-estar pessoal. O autocuidado, sendo um conceito universal, não se limita às AVD ou às atividades instrumentais da pessoa, pois abrange todos os aspectos da experiência da sua vida (Orem, 2001; Queirós et al., 2014).

Orem descreve a sua teoria com uma composição de 3 subcategorias relacionadas: teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do autocuidado compreende que o autocuidado é a capacidade deliberada, controlada e consciente da pessoa para se manter, restabelecer ou melhorar o seu estado de saúde. Serve como alicerce na determinação das limitações da pessoa para o seu autocuidado e compreender como deverá atuar o enfermeiro (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2002).

A teoria do déficit do autocuidado compreende a necessidade dos cuidados de enfermagem. Incorpora a avaliação das limitações e condicionantes da pessoa e a necessidade dos cuidados de enfermagem, em que o enfermeiro deve atuar na harmonia entre o déficit observado e a capacidade da pessoa de se autocuidar. O espectro do autocuidado pode ser abstrato, no entanto, a sua compreensão ajuda o enfermeiro a perceber qual o seu papel e quais as intervenções de enfermagem necessárias (Maruca, 2023).

Relativamente à teoria dos sistemas de enfermagem destaca-se que a enfermagem é uma ação humana, sendo que as ações e intervenções a nível do autocuidado são executadas por enfermeiros no exercício da sua prática profissional. Orem (2001), dentro da teoria dos sistemas de Enfermagem, identifica três tipos de sistemas que orientam a prática do enfermeiro e que irão determinar como e qual o seu nível de intervenção, sendo elas: sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro substitui a pessoa na satisfação do autocuidado; sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa ainda detém alguma capacidade para realizar o autocuidado, mas não satisfatoriamente, pelo que o enfermeiro auxilia a pessoa naquilo que esta não consegue realizar; sistema

educacional ou de apoio-educativo, quando a pessoa consegue realizar o autocuidado, embora haja acompanhamento e vigilância do enfermeiro (Orem, 2001; Petronilho et al. 2021).

Além disso, Orem contempla que as intervenções realizadas quer pela pessoa quer pelo enfermeiro para atingir a satisfação do Autocuidado, devem compreender e assegurar 3 tipos requisitos, que agem como os principais grupos de necessidades identificadas por esta teoria. Com efeito, para Orem estes requisitos estipulados compreendem de razões pelas quais se deve praticar o Autocuidado, sendo que expressam os resultados pretendidos com a satisfação do mesmo. Assim, cada um destes requisitos compreende as noções de que se deve garantir os aspetos de manutenção e desenvolvimento do ser humano promotores do bem-estar e da saúde da vida da pessoa, bem como da ação/atividade exigida (Tomey & Alligood, 2002).

Orem considerou os seguintes requisitos: universais; de desenvolvimento; e de desvio de saúde. Os requisitos universais assentam nas noções do que é a integridade estrutural e funcional do ser humano durante o seu ciclo de vida, sendo estes: manutenção suficiente de água, comida e ar; cuidados relacionados com a eliminação; salvaguarda do equilíbrio entre atividade e descanso; preservação do equilíbrio entre solidão e vida social, precauções relativas aos potenciais riscos para a vida e bem-estar da pessoa; e promoção do desenvolvimento do potencial humano. Os requisitos de desenvolvimento definem-se com aqueles que garantem a promoção dos processos de vida e maturação da pessoa prevenindo situações nefastas ou nocivas que a possam dificultar ou prejudicar. Sobre os requisitos de desvio de saúde estes existem e englobam as pessoas que se encontram doentes ou lesionadas, ou seja, que estão a experienciar um processo de doença apresentando comorbilidades e incapacidades médicas diagnosticadas (Tomey & Alligood, 2002).

Neste sentido, Orem propõe também um conjunto de métodos de ajuda que os enfermeiros podem utilizar na prestação dos seus cuidados com o objetivo de ajudar a pessoa a ultrapassar os seus défices e limitações na manutenção do seu Autocuidado: executar/agir, substituindo a pessoa nas necessidades que ela não consegue satisfazer; orientar/encaminhar; fornecer apoio físico e/ou psicológico; proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento e ensinar/capacitar (Tomey & Alligood, 2002).

Através da criação de um processo de enfermagem, é possível diagnosticar quais as necessidades da pessoa em que o enfermeiro articula os requisitos do autocuidado, quais as competências tanto do enfermeiro como da pessoa necessárias para o satisfazer e a necessidade de intervenção terapêutica (Tomey & Alligood, 2002).

A atuação de enfermagem compreende as capacidades que o enfermeiro deteve ao longo da sua formação e que lhe concedem autonomia e poder para intervir, criando uma relação interpessoal com a pessoa que carece de apoio na satisfação do seu Autocuidado.

Para Orem, o processo de enfermagem compreende-se como um sistema que auxilia o enfermeiro a diagnosticar as necessidades da pessoa para se conseguir desenvolver um plano de intervenção que forneça orientações para a obtenção de resultados e objetivos de enfermagem (Maruca, 2023).

Perante de uma pessoa sobrevivente de AVC, as alterações neurológicas com impacto na funcionalidade e autonomia podem ser significativas, revelando-se assim, a importância do papel central do EEER na avaliação dos défices de autocuidado e capacidade funcional e posterior implementação de estratégias e programadas de reabilitação adaptados às necessidades individuais da pessoa (Regulamento nº 392/2019). Neste sentido, a intervenção do EEER enquadra-se dentro dos três sistemas de cuidados propostos por Orem, sendo adaptada em função da severidade e fase do AVC. Na fase aguda, quando a pessoa apresenta défices significativos que impedem a realização dos autocuidados, o EEER intervém segundo o sistema totalmente compensatório, assumindo os cuidados necessários para garantir a segurança, conforto e prevenção de complicações. À medida que a pessoa vai conseguindo desenvolver alguma independência, a intervenção do EEER passa progressivamente para o sistema parcialmente compensatório e posteriormente para o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

A teoria de Orem concede assim ao EEER uma base estrutura lógica que o auxilia no planeamento da sua atividade, permitindo-lhe alinhar a sua intervenção especializada com os objetivos terapêuticos de cada fase da reabilitação na pessoa com AVC.

## **2. Análise e reflexão das atividades desenvolvidas**

### **2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

Todos os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista estão, fundamentalmente, interligados entre si, o que torna possível um desenvolvimento conjunto e interdependente. O EE na procura da aquisição de competências avançadas, deve fundamentar-se no Regulamento n.º 140/2019 e nos domínios nele descritos, potenciando a tomada de decisão clínica, a liderança, a gestão de cuidados e a prática baseada na evidência (Fernandes & Sá, 2021).

A componente de estágio integrada no percurso formativo destaca-se como uma ferramenta significativa e deve ser considerado um elemento central na transição de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, destacando-se como um instrumento essencial na avaliação dos processos de aprendizagem e aquisição de novas competências (Pestana, 2016).

Assim, reconhecendo a importância de uma prática em constante aprimoramento e da consolidação das competências do EE, foram delineados dois objetivos gerais, substanciados na valorização de novos conhecimentos e reflexão crítica:

- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nos vários domínios de intervenção, visando promoção e capacitação do autocuidado, independência e conseqüentemente da qualidade de vida.
- Desenvolver competências do EEER na promoção da deglutição após o acidente vascular cerebral (AVC).

### 2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Dentro do domínio supracitado englobam-se duas competências: A1: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e A2: Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No sentido de desenvolver as competências referidas, foi determinado como objetivo específico: Aperfeiçoar conhecimentos para uma prática de excelência fundamentada nos princípios éticos, legais e que respeitem os direitos humanos.

Na sua prática, o EE deve almejar exercer uma prática consciente e responsável, sustentada num compromisso ético e deontológico firme. Efetivamente, aquando da intervenção, o EE deve sempre refletir sobre o seu conhecimento aprofundado das normas ético-deontológicas e na aplicação das melhores práticas, baseadas na evidência científica. Além disso, deve considerar também conceitos como a dignidade, a autonomia e o bem-estar da pessoa, de modo a garantir e respeitar as preferências e promovendo uma participação ativa ao longo do processo terapêutico (Fernandes, 2010).

O EE deve, devido à complexidade dos cuidados de saúde, assumir um papel essencial na tomada de decisão coletiva, colaborando com a equipa multidisciplinar para assegurar uma abordagem personalizada e adaptada às necessidades de cada pessoa. Assim, através de uma análise crítica e reflexiva de cada situação, é possível antecipar e gerir desafios éticos, mantendo a sua conduta de acordo com os princípios fundamentais da enfermagem especializada (Regulamento nº 140/2019).

O regulamento das competências comuns do EE alinha-se com o Código Deontológico dos Enfermeiros Portugueses e com as diretrizes da OE, reforçando a responsabilidade ética e legal no exercício profissional (Decreto-Lei nº 104/98). Toda a

prestação de cuidados deve estar bem fundamentada em conhecimento técnico e científico, tendo o EE o dever de cumprir a legislação de acordo com a Lei n.º 156/2015, favorecendo a dignificação da profissão e consequentemente contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem (Lei n.º 156/2015).

Os conceitos de dignidade e ética estão intrinsecamente ligados na prática de enfermagem, revelando-se pilares importantes que sustentam e orientam a prestação de cuidados no respeito e a integridade dos direitos e da individualidade de cada pessoa. Efetivamente, a componente ética exige ao EE que reflita sobre a sua prática avançada, incentivando-o a compreender os valores e princípios que fundamentam o conjunto de intervenções que gere e executa no cuidado à pessoa e na sua relação como parte integrante da equipa multidisciplinar. O agir ético em enfermagem assenta no reconhecimento de que cada pessoa, independentemente da fase em que esteja no seu processo de saúde-doença, deve imperativamente manter a sua identidade, sendo sempre merecedora de respeito e cuidados humanizados (Deodato, 2016).

Discutir o conceito de respeito pela dignidade em saúde implica, inevitavelmente, o reconhecimento da liberdade individual, nomeadamente no direito de escolha e na participação ativa da pessoa no seu processo de saúde-doença. O EE deve garantir que a vontade da pessoa seja sempre considerada, assegurando assim um consentimento informado para qualquer intervenção de enfermagem. No entanto, quando a pessoa não possui capacidade para tomar decisões de forma autónoma, recai sobre o enfermeiro uma responsabilidade redobrada, devendo incluir a família no processo de decisão e orientá-la com base no seu conhecimento científico, garantindo que os cuidados prestados respeitam tanto a dignidade da pessoa quanto os princípios éticos da profissão (Deodato, 2016).

Assim, durante o período de estágio, houve um compromisso contínuo em zelar pelo respeito e pela dignidade das pessoas que receberam cuidados de reabilitação. Além disso, procurou-se garantir que as suas decisões fossem respeitadas, prestando aconselhamento e orientação para a intervenção mais adequada, sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar. Durante todos os campos de estágio, foi garantido o dever de respeitar o sigilo profissional sobre toda a informação obtida, assegurado assim a confidencialidade relacionada com a vida pessoal de cada pessoa, partilhando apenas informações relacionadas com o seu plano terapêutico com a equipa multidisciplinar, de acordo com o mencionado no artigo 106 da lei n.º 156/2015.

Durante o período de estágio realizado num serviço de Neurocirurgia, foi possível alcançar as competências inseridas neste domínio, ao colaborar com a equipa multidisciplinar na definição de um plano terapêutico para uma pessoa que, devido à incapacidade de deglutição, necessitou da colocação de uma sonda nasogástrica. Ao longo do período de internamento a família foi atualizada sobre a sua evolução clínica, nomeadamente sobre os vários procedimentos necessários, tendo sido sempre envolvida

no processo de tomada de decisão, respeitando sempre as suas perspectivas e escolhas em relação ao tratamento. À medida que a pessoa se tornava mais consciente e orientada, começou também a participar ativamente nas decisões relativas à sua recuperação e a colaborar gradualmente no plano de reabilitação até não haver mais necessidade de utilizar a sonda nasogástrica. Este processo evidenciou a importância do enfermeiro na comunicação com a pessoa e a família, no respeito pela sua autonomia e na adaptação das intervenções, utilizando uma escuta ativa e empatia, sempre alinhado com as normativas éticas e legais exigidas.

O respeito pela dignidade e sigilo profissional foram também demonstrados durante a recolha de dados relevantes para a realização dos planos de cuidados. A pessoa foi sempre devidamente informada sobre a recolha de informações importantes da sua história clínica, garantido o seu direito de confidencialidade e sigilo profissional e aí mesmo tempo estabelecida também uma relação de confiança.

Sendo o EE um agente promotor de cuidados alicerçados na equidade e justiça, este deve, independentemente do diagnóstico clínico ou situação socioeconómica da pessoa, assegurar o acesso a cuidados de reabilitação adequados e personalizados (Jandaghian-Bidgoli et al., 2025).

Foi possível durante o período de estágio desenvolver e promover uma cultura de respeito, justiça e tomada de decisão centrada na pessoa, nomeadamente durante o estágio realizado numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) onde se acompanhou uma situação particularmente exigente do ponto de vista ético e clínico, envolvendo uma pessoa acamada, com antecedentes de AVC isquémico e neoplasia pulmonar já metastizada, com padrão espástico instalado e com grau de dependência elevado, apresentando já significativas limitações funcionais nomeadamente a nível de movimento articular e sem via oral, sendo alimentada por sonda nasogástrica. Apesar do estado deteriorado da utente, a família mantinha expectativas irrealistas, acreditando na possibilidade da sua melhoria. Esta situação exigiu uma abordagem para com a família e cuidadora sensível, ética, focada na escuta ativa e abordagem centrada na pessoa, uma vez que a insistência em cuidados desadequados poderia não só gerar frustração como também representar um esforço fútil, gerador de sofrimento adicional para a utente e família. Foi promovido um esclarecimento pragmático da situação de saúde da pessoa e transmitidas informações claras sobre os limites da reabilitação nesta fase da doença, destacando o foco nos cuidados de conforto e prevenção de complicações associadas à imobilidade, tendo sido entregue um guia de mobilizações e posicionamentos no leito à cuidadora (APÊNDICE 3).

No decorrer da ação do enfermeiro ao longo do processo de cuidado, este vai passando pelos sistemas de cuidado referidos por Orem, ou seja, o enfermeiro tem de considerar o nível de tomada de decisão da pessoa na participação ativa do seu próprio

cuidado. À medida que a pessoa transita entre os sistemas de cuidado o EE assegura os cuidados quando necessários, promovendo a capacidade de autocuidado da pessoa sempre que possível, capacitando-a para tomar decisões informadas sobre a sua saúde.

### 2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Dentro do domínio supracitado englobam-se três competências: B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Procurando atingir e desenvolver este domínio, foram delineados os objetivos específicos: Contribuir em programas de melhoria da qualidade, integrando a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, evidenciando o impacto através dos ganhos em saúde alcançados; Garantir a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação holísticos e adaptados á pessoa com deglutição comprometida.

Considerando que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental, sobressai-se o conceito de segurança como um dos pilares essenciais para a confiança das pessoas no sistema de saúde, especialmente no Serviço Nacional de Saúde. Gerir, controlar e reduzir os riscos em saúde, requer uma abordagem global, coletiva e coordenada da equipa multidisciplinar em que o EE, dotado de competências avançadas na análise, planeamento e implementação de estratégias baseadas na evidência, tem um papel determinante na liderança e coordenação dos cuidados, assegurando que as práticas de cuidado se alinham com os mais elevados padrões de qualidade e segurança, promovendo uma resposta eficaz e adaptativa às necessidades das pessoas (Despacho n.º 1400-A/2015).

O EE deve aplicar os seus conhecimentos avançados sobre qualidade e melhoria contínua na prestação de cuidados, orientando projetos na área da qualidade, participando na definição de metas organizacionais e atividades de qualidade. Ao reconhecer a importância da avaliação das práticas clínicas, o EE utiliza evidência científica e normas para avaliar e revisar as práticas, implementando programas de melhoria contínua. Desta forma, contribui para a constante evolução da qualidade dos cuidados, planeando e promovendo programas que assegurem melhores resultados para as pessoas (Regulamento nº 140/2019).

A prática de cuidados de enfermagem pode ser complexa e exige uma atenção constante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Para isso, é fundamental que se procurem novos conhecimentos de vanguarda científica da

enfermagem, realizando projetos que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento dos enfermeiros e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados (Fernandes & Sá, 2021).

A procura por alcançar as competências citadas neste domínio evidenciou-se através da integração ativa na equipa multidisciplinar nos diferentes contextos de prática. A participação na passagem de turno e em discussões construtivas com o enfermeiro orientador e a equipa permitiu delinear intervenções fundamentadas, assegurando uma abordagem baseada na evidência e adaptada às necessidades das pessoas. Além disso, foi realizada uma análise aprofundada das normas e protocolos internos ao serviço e institucionais, garantindo a prestação de cuidados alinhados com as melhores práticas. A identificação e gestão dos fatores de risco inerentes à prestação de cuidados também foram uma prioridade, permitindo uma atuação segura e proativa na prevenção de complicações. Essas ações refletiram um compromisso contínuo com a melhoria da qualidade dos cuidados, evidenciando a capacidade do EE em avaliar, implementar e promover estratégias que elevem a segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

Uma intervenção educativa reflete uma das funções essenciais do EE, ao atuar como formador e agente de mudança, promovendo a capacitação da equipa e contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Ao reforçar o conhecimento dos cuidadores formais sobre práticas seguras, minimizam-se riscos, previnem-se complicações e assegura-se uma abordagem mais humanizada e centrada nas necessidades específicas da pessoa com alterações da deglutição (Regulamento nº 140/2019). Assim, em todos os campos de estágio procurou-se intervir ativamente na formação e partilha de novos conhecimentos com a equipa multidisciplinar, adequando o conteúdo ao contexto e necessidades identificadas.

No decorrer do estágio numa UCC, houve uma participação atenta e ativa em reuniões de equipa multidisciplinar, contribuindo com sugestões para melhorar os cuidados, bem como elaboração de folhetos educativos com base em evidência científica, nomeadamente, um, sobre manobras e técnicas de deglutição para ser consultado pela equipa multidisciplinar e ser entregue aos cuidadores (APÊNDICE 4).

Durante o período de estágio, foi realizado um diagnóstico de situação sobre as causas e tipos de incontinência urinária presentes num serviço de neurocirurgia, abordando as repercussões dessa condição nas pessoas internados. O projeto evidenciou de que forma o EE/EEER pode intervir eficazmente na gestão da incontinência urinária, assegurando o registo adequado e sistematizado desta condição no sistema de documentação/registos de enfermagem (APÊNDICE 5). Posteriormente foi dinamizada uma formação para a equipa de enfermagem sobre os dados e informação obtida com o objetivo de reforçar os conhecimentos sobre a avaliação e intervenção adequada e uniformizar os registos de enfermagem (APÊNDICE 6).

No estágio realizado numa UCCI (unidade de cuidados continuados integrados) foi possível realizar uma sessão de educação direcionada para os técnicos auxiliares de saúde sobre a alimentação segura de pessoas com disfagia e como saber identificar sinais e sintomas de engasgamento e aspiração (APÊNDICE 7).

Integrado no período de estágio com foco na intervenção comunitária, foi igualmente promovida um sessão de formação dirigida a profissionais de saúde colaboradores de uma instituição de acolhimento de idosos. Esta iniciativa procurou apresentar quais as melhores estratégias comunicacionais e de relação a ter com idosos com demência (APÊNDICE 8).

Num serviço de Ortopedia, procurou-se conhecer as normas e protocolos internos para garantir, em conjunto com a equipa multidisciplinar, uma prática de cuidados congruente e em conformidade com as melhores práticas. Destacou-se a importância dos cuidados pré-operatórios, nomeadamente na preparação e ensinamentos sobre o procedimento cirúrgico, os cuidados a ter e as expectativas do pós-operatório. No período pós-operatório, priorizou-se a capacitação das pessoas para a gestão da sua condição, incluindo ensinamentos sobre cuidados específicos, a importância dos exercícios de fortalecimento muscular e a promoção do levantar precoce. Estas intervenções, integradas num plano de reabilitação adaptado, foram fundamentais para reduzir o tempo de internamento, otimizar a utilização dos recursos disponíveis e garantir uma reabilitação mais eficaz, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, a procura pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados consegue-se relacionar e é intrínseca à teoria do autocuidado proposta por Orem. Cuidados de enfermagem de qualidade, são cuidados centrados na pessoa e que enfatizam a promoção da autonomia e independência. Cabe ao EE identificar e atuar nos défices de autocuidado identificados, proporcionando uma melhoria contínua das capacidades da pessoa, o que contribui diretamente para a eficácia, eficiência e qualidade dos cuidados prestados.

### 2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Estão inseridas dentro deste domínio as seguintes competências: C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No sentido de alcançar estas competências, traçou-se o objetivo: Aperfeiçoar competências de gestão de cuidados e recursos, garantindo a qualidade dos cuidados de reabilitação.

É exigido ao EE uma capacidade de adaptação constante á instabilidade e multiplicidade de patologias e diagnósticos, requerendo por este motivo, uma gestão atenta de todas as nuances humanas e organizacionais associadas á prestação de cuidados. Para que a gestão de qualquer serviço seja eficaz, é importante considerar três grandes funções que se interligam entre si: a função da governação; a função de acompanhamento e a função operacional (Despacho n.º 1400-A/2015).

O papel do EE na governação revela-se através de uma visão estratégica das políticas e normas institucionais, promovendo uma prática baseada na evidência. Ao acompanhar o processo de saúde-doença das pessoas, garante uma constante monitorização e avaliação continua da qualidade dos cuidados prestados, identificando e mitigando desvios e distanciamento das normas preconizadas. Já na função operacional, responsabiliza-se por uma gestão eficaz dos recursos através de decisões estratégicas para que consiga dar resposta às necessidades de saúde (OMS, 2019).

Consequentemente, o EE deve ter capacidade para organizar, coordenar e supervisionar e otimizar os cuidados, assegurando que estes sejam eficazes, personalizados e baseados em evidência científica. Deve deter um espírito crítico das suas intervenções e uma visão estratégica, a curto e longo prazo para conseguir gerir os recursos humanos e materiais disponíveis (Marquis & Huston, 2021).

Esta gestão de recursos, exige inevitavelmente uma articulação com a equipa multidisciplinar baseada na confiança e na partilha de informação, colaborando assim para uma tomada de decisão conjunta e cuidados mais eficazes (Figueiredo, 2015).

Durante o período de estágio foram realizados dois estudos de caso (APÊNCIDES 9 & 10), ferramentas fundamentais para o desenvolvimento das competências inseridas neste domínio, possibilitando uma visão global do percurso clínico da pessoa e o planeamento estruturado das intervenções, promovendo uma abordagem individualizada, segura e eficaz.

A realização de estudos de caso dentro do ensino de enfermagem revela-se fundamental no sentido de se proporcionar como o método adequado na integração efetiva entre teoria e prática, permitindo que se apliquem conhecimentos adquiridos em contextos clínicos diferenciados. Esta metodologia contribui significativamente para o desenvolvimento do pensamento crítico, do raciocínio clínico e da autonomia, competências essenciais na formação do futuro EEER, promovendo também a utilização sistemática do processo de enfermagem e das linguagens padronizadas e universais de cuidado (Palmar-Santos et al., 2023).

O estudo de caso realizado no serviço de neurocirurgia (APÊNCIDE 9) expõe uma pessoa internada devido a um AVC hemorrágico, evidenciando-se compromisso a nível da cognição, movimento muscular e deglutição. Foi realizada uma avaliação precisa do estado

mental dos pares cranianos envolvidos na deglutição, concluindo-se que a pessoa não reunia condições de segurança para alimentação oral, tendo sido colocado uma sonda nasogástrica. Foi delineado então um plano de reabilitação individualizado que contemplasse estimulação cognitiva, fortalecimento muscular e articular e a promoção de uma alimentação segura e recuperação gradual da capacidade de deglutição.

A implementação deste plano exigiu uma articulação com a equipa multidisciplinar englobando técnicos auxiliares de saúde durante a prestação de cuidados de higiene; nutricionista a fim de ajustar a dieta às necessidades nutricionais da pessoa, assegurando um aporte calórico e proteico adequado à fase de recuperação; equipa de enfermagem e restantes enfermeiros de reabilitação, promovendo exercícios de fortalecimento articular e da muscular, bem como exercícios específicos de fortalecimento das estruturas envolvidas na deglutição. Ao longo do internamento foram realizados testes de deglutição periódicos, tendo sido notadas melhorias possibilitando a remoção da sonda nasogástrica.

Durante todo o processo, a pessoa e a família participaram ativamente nas tomadas de decisão importantes, sendo informados sobre as diferentes etapas do plano de cuidados e os objetivos a atingir, nomeadamente quando a pessoa já apresentava via oral, participou na escolha e personalização da dieta com alimentos que mais gostasse. Sendo que a pessoa vive apenas com a esposa, foi articulado que no regresso ao domicílio, necessitaria de apoio domiciliário, garantindo assim a continuidade de cuidados e a segurança no domicílio. Adicionalmente, foram realizados ensinamentos à esposa e restante família sobre os cuidados a ter durante as refeições, nomeadamente a posição adequada da cabeça, os sinais de alerta para risco de aspiração, incentivados a promover a autonomia da pessoa e abordadas possíveis barreiras arquitetónicas do domicílio e como corrigi-las.

Consequentemente, com uma gestão eficaz do cuidado pretendeu-se promover e desenvolver a capacidade da pessoa satisfazer o seu autocuidado. Para Orem, cabe ao enfermeiro identificar os défices e limitações do autocuidado, para que sejam planeadas intervenções adequadas. A aplicabilidade adequada dos sistemas de autocuidado defendidos por Orem durante todo o processo de cuidado auxilia o enfermeiro a gerir as suas intervenções, tempo e recursos, conforme o nível de dependência da pessoa. Além disso, o envolvimento da família no ensino e capacitação promove a continuidade de cuidado segura e eficaz (Orem, 2001).

Para Orem, a intervenção do enfermeiro sustenta-se no seu papel de facilitador do autocuidado da pessoa, compreendendo os défices de autocuidado e atuando de forma a promover a sua autonomia e funcionalidade (Orem, 2001). Para isso, é essencial realizar uma avaliação constante e sistemática, que permita ajustar e adaptar as intervenções de acordo com a evolução da pessoa. Esta avaliação contínua exige uma gestão de cuidados eficaz, não apenas do próprio EEER, mas também em articulação com a equipa multidisciplinar, assegurando uma abordagem integrada. Sempre que necessário, o

enfermeiro deve ainda supervisionar tarefas delegadas, garantindo que os cuidados prestados estão em conformidade com os défices de autocuidado identificados e são realizados com segurança e qualidade.

#### 2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens Profissionais

De acordo com o exigido dentro do domínio acima citado, para atingir as competências requeridas foi delineado como objetivo: Aperfeiçoar conhecimentos para uma prática de excelência fundamentada nos princípios éticos, legais e que respeitem os direitos humanos.

Desenvolver competências e obter conhecimento sobre cuidados de enfermagem avançados implica ao EE um autoconhecimento e uma constante reflexão crítica da sua prática diária. Ao considerar todos os aspetos da sua prática, o EE consegue obter *insights* valiosos, melhorando a qualidade da sua intervenção e promovendo uma atuação mais reflexiva, segura e centrada na pessoa (Shin et al., 2023).

A capacidade de atuar com competência, discernimento e rigor traduz-se em cuidados promotores de equidade, com maior qualidade e menores custos para os serviços de saúde. No entanto, cabe ao EE conjugar a sua própria experiência profissional e reflexão crítica com a prática baseada na evidência, ponderando sempre os riscos, benefícios e inconvenientes, sempre com a certeza e simples objetivo de prestar os melhores cuidados à pessoa (Pereira, 2016).

Além disso, é requerido ao EE que adote uma postura assertiva demonstrando capacidade para expressar-se de forma clara, promovendo o diálogo terapêutico, tomada de decisão partilhada e a humanização dos cuidados. A habilidade social da assertividade, dentro da prática da enfermagem impactará de forma significativa a relação com a pessoa e equipa multidisciplinar e, consecutivamente, a qualidade dos cuidados (Montezeli et al., 2018).

Interdependente da reflexão crítica está o desafiante e exigente conceito de prática baseada na evidência. Sendo o EE um veículo facilitador da aprendizagem e aplicação de novos conhecimentos baseados na evidência científica, deve reconhecer e estar ciente da importância de uma formação contínua, em sintonia com as mais recentes avanços e evidências científicas. Contribuir para a produção de novos conhecimentos em enfermagem irá automaticamente potenciar respostas mais eficazes, seguras e padronizadas, garantindo uma prática profissional informada, reflexiva e alinhada com os princípios da prática baseada na evidência científica (Regulamento nº 656/2021).

De facto, a formação contínua e a procura de novos conhecimentos permite ao EE que consiga, no seu exercício profissional, realizar ajustes e readaptações das suas estratégias de resposta dos planos de ação concebidos. É então necessário considerar que para acompanhar a constante evolução das necessidades das pessoas, o EE deve e tem que apostar numa formação e atualização continua de novos conhecimentos para que consiga melhorar a sua capacidade de resposta. Assim, o EE não só eleva a qualidade dos cuidados prestados, como também se afirma como um agente de mudança dentro da equipa multidisciplinar, promovendo e influenciando positivamente a cultura formativa e organizacional (Barata, 2016).

Durante os diferentes estágios, procurou-se adquirir novos conhecimentos das diferentes áreas e dos diferentes contextos práticos e compreender as dinâmicas próprias e protocolos internos, tudo para garantir uma abordagem alinhada com cuidados excelentes e em sintonia com as exigências institucionais. Fomentaram-se momentos de discussão e partilha de informação com o enfermeiro orientador, assente numa aprendizagem ativa e colaborativa e paralelamente realizados momentos de reflexão sobre as atitudes e abordagens realizadas.

No âmbito da valorização da investigação e da disseminação do conhecimento, foi realizada uma *scoping review* sobre a reabilitação da deglutição comprometida na pessoa com AVC, a qual permitiu reunir e sistematizar a evidência científica mais recente e relevante sobre métodos e técnicas utilizadas para o tratamento e reabilitação da disfagia. Posteriormente o trabalho culminou na elaboração de um póster científico (APÊNDICE 11), tendo sido também realizada uma comunicação oral (APÊNDICE 12) nas III Jornadas de Enfermagem: ONE HEALTH: Conquistas e Desafios (ANEXO 1 & 2), tendo obtido a classificação de 2º lugar nas comunicações livres. Já nas V Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz, foi novamente realizada comunicação oral (ANEXO 3) e elaborado e exposto um póster científico relativo relatório de situação de incontinência urinária, realizado durante o estágio num serviço de neurocirurgia (APÊNDICE 13), tendo também obtido certificado de participação (ANEXO 4).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, pretendeu-se desenvolver diversas atividades que promovessem a partilha e a aquisição de novos conhecimentos. Num estágio realizado num serviço de neurocirurgia, desenvolveu-se o trabalho "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Autocontrolo Continência Urinária Ineficaz" (APÊNDICE 5) que partiu de um diagnóstico de situação inicial onde foram identificados os diferentes tipos de incontinência urinária dos utentes internados no serviço. Os dados obtidos permitiram elaboração de uma proposta de construção de um plano de reabilitação incluindo estratégias e exercícios específicos, tendo sido posteriormente apresentado à equipa de enfermagem.

Em contexto de estágio numa UCCI, foi realizada uma sessão de formação interna intitulada "Reeducação da deglutição: Técnicas e manobras" (APÊNDICE 7), dirigida não só à equipa de enfermagem com informação sobre técnicas e manobras de deglutição seguras, mas também incluindo informação sobre como detetar sinais de alerta de disfagia, direcionada principalmente para as assistentes operacionais da instituição. A formação teve como objetivo capacitar os profissionais para a atuação segura, promovendo o reconhecimento precoce de sinais de engasgamento e risco de aspiração.

Durante um estágio realizado numa UCC, para assinalar o Dia Internacional do AVC foi dinamizada uma sessão de educação para a saúde num lar residencial intitulada "Vida saudável? AVC improvável" (APÊNDICE 14) tendo como público-alvo os utentes idosos do lar. A apresentação frisou a importância de como um estilo de vida e alimentação saudável pode prevenir a ocorrência de AVC, incluindo também uma pequena sessão de exercícios.

No estágio realizado num serviço de Ortopneumologia foi realizado um guia de apoio sobre materiais e produtos de apoio destinados a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar incapacidades e limitações das pessoas internadas, fornecendo informação útil sobre a aquisição destes equipamentos e uso adequado após a alta (APÊNDICE 15).

Foram ainda realizados dois estudos de caso (APÊNDICES 9 & 10) durante os estágios de Neurocirurgia e UCC, respetivamente, com o objetivo de aprofundar a análise clínica, aplicar conhecimentos teóricos e práticos, desenvolver raciocínio crítico na tomada de decisão, promovendo intervenções personalizadas, seguras e alinhadas com as necessidades específicas de cada pessoa em processo de reabilitação.

Estas atividades, desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios, ilustram o compromisso com a promoção da literacia em saúde, a formação contínua das equipas e a produção de conhecimento científico. Todas contribuíram para o reforço das competências clínicas, pedagógicas e de investigação fundamentais para o EE e para uma prática baseada na evidência e centrada na pessoa.

A relação entre a teoria de Orem e este domínio evidencia-se na valorização da atualização contínua de conhecimentos, da reflexão crítica e do autoconhecimento profissional. Conforme defendido por Orem (2001), a capacitação do enfermeiro constitui um elemento fundamental para apoiar a pessoa na gestão do seu autocuidado, promovendo intervenções individualizadas, sustentadas em evidência científica, e ajustadas às suas necessidades e ao contexto organizacional.

## 2.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Tal como se verifica entre as competências comuns do EE, as competências específicas do EEER apresentam uma natureza transversal e interdependente, refletindo-se numa prática clínica integrada, dinâmica e centrada na pessoa.

Estas competências articulam-se na avaliação contínua, planeamento de intervenções personalizadas, gestão de recursos, liderança e supervisão de cuidados, assegurando a qualidade, segurança e promoção do autocuidado. A constante evolução do conhecimento e a necessidade de práticas baseadas na evidência exigem uma atuação qualificada e atualizada, justificando a definição clara destas competências como elemento essencial para garantir cuidados especializados, seguros e eficazes, valorizando simultaneamente o título profissional de EEER (Regulamento nº 392/2019).

Para garantir a descrição e o escrutínio rigoroso das competências específicas, foram definidos objetivos específicos que guiaram o desenvolvimento ao longo do estágio. A aquisição efetiva destas competências será demonstrada através da detalhada descrição das atividades e dos trabalhos realizados em contexto de estágio, assegurando uma clara correspondência com os descritores de Dublin do 2º Ciclo, reforçando assim a qualidade e a relevância da formação adquirida.

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

O EEER centra a sua intervenção na pessoa com necessidades específicas, considerando o contexto em que esta se insere. Esta abordagem implica que os cuidados especializados possam ser desenvolvidos em diversos cenários da prática clínica, incluindo unidades de internamento de agudos, serviços de reabilitação, equipas de cuidados continuados, paliativos e contextos comunitários (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para substanciar este domínio, foram delineados os objetivos específicos: garantir a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação holísticos e adaptados á pessoa com deglutição comprometida e promover a independência funcional através da avaliação, reeducação e capacitação do utente com deglutição comprometida, incluindo a família/cuidador.

Enquadrado neste domínio está a capacidade do EEER de conceber, executar e avaliar os planos de reabilitação, adaptados às necessidades das pessoas, que essencialmente visam a melhoria da qualidade de vida, participação e reintegração da sociedade. Com efeito, a afirmação da enfermagem de reabilitação como uma área clínica relevante e essencial, acontece quando se responde de forma eficaz às necessidades reais da população e às novas exigências nos cuidados de saúde, torna-se assim prioritário monitorizar os resultados alcançados e desenvolver indicadores específicos que reflitam e demonstrem o impacto dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Gaspar et al., 2021).

Na esfera da prestação de cuidados, é fortemente recomendável ao EEER que utilize a metodologia do processo de enfermagem como pilar imperativo para a prática dos seus cuidados, nomeadamente na orientação do pensamento crítico em torno das metas a alcançar, promovendo um desempenho intencional, apoiando a tomada de decisão e permitindo uma avaliação rigorosa dos resultados das intervenções, o que irá contribuir significativamente para a individualização e humanização dos cuidados. Elementos essenciais do processo de enfermagem incluem os diagnósticos, as intervenções e os resultados, os quais devem estar ancorados na melhor evidência científica disponível e expressos através de uma linguagem universal. Para que este processo seja verdadeiramente adaptado e individualizado, é fundamental recorrer a métodos eficazes de recolha de informação, nomeadamente à utilização de escalas de avaliação validadas, permitindo assim uma avaliação inicial adequada e fidedigna. Com base nos resultados obtidos, torna-se possível identificar corretamente as necessidades da pessoa e definir as intervenções mais apropriadas a realizar (Ribeiro, 2021).

Não obstante a complexidade do processo de enfermagem, este deve estar sempre alinhado com um referencial teórico que lhe dê substância e auxilie a justificar como não só a pessoa, mas também a sua família e comunidade envolvente devem ser considerados como parte integrante do cuidado, reconhecendo a influência mútua entre estes elementos e a intervenção do EEER (Ribeiro, 2021). Por isso, ambos os estudos de caso foram desenvolvidos sob sustentação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

No que diz respeito à criação de um processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, foram desenvolvidos dois estudos de caso, em diferentes locais e contextos de estágio, Neurocirurgia e UCC, respetivamente. No estudo de caso realizado na Neurocirurgia selecionou-se uma pessoa com diagnóstico de AVC isquémico, apresentando um compromisso significativo da deglutição, bem como das funções motoras, já no estágio realizado em contexto de UCC, optou-se por uma pessoa diagnóstico de AVC isquémico com sequelas predominantemente a nível do equilíbrio. Para os dois estudos, foi realizada uma colheita de dados inicial onde se procurou saber dados importantes sobre a pessoa e seu contexto social, familiar e habitacional, procedendo-se também à análise dos processos clínicos, do historial da doença atual e dos exames complementares disponíveis.

No decurso da elaboração dos casos foram avaliados diversos elementos durante a sua construção, tendo sido utilizadas várias escalas devidamente validadas. A avaliação do estado mental compreendeu a avaliação do estado de consciência, com recurso à escala de coma de Glasgow (Teasdale Bryan Jennett, 1971); orientação; atenção; memória, capacidades práticas; existência ou não de negligência hemiespacial unilateral e linguagem. Foram também avaliados os 12 pares cranianos (Menoita, 2012).

Apesar de a Escala de Borg ser uma ferramenta útil para avaliar a perceção subjetiva de esforço, a sua aplicação não foi realizada em nenhum dos estudos de caso, uma vez que à data da recolha de dados houve impossibilidade de colaboração na aplicação de instrumentos de avaliação subjetiva como a Escala de Borg. Além disso, relativamente ao estudo de caso realizado na Neurocirurgia, o desmame da oxigenoterapia ocorreu de forma rápida e eficaz, reduzindo o período em que tal avaliação poderia ter sido pertinente e no estágio em contexto de UCC, a pessoa nunca apresentou compromisso algum relativo à respiração. Deste modo, optou-se por recorrer a métodos de avaliação mais objetivos e compatíveis com o estado clínico, nomeadamente através da avaliação da função respiratória com recurso à auscultação, palpação, inspeção e percussão.

Relativamente à motricidade, a avaliação da força muscular foi feita com recurso à escala de MRC (Medical Research Council, 1976) e a avaliação do tónus muscular com recurso à escala de modificada de Ashworth (M. Blackburn & Van Vliet, 2002), tendo sido feita uma avaliação completa de todos os segmentos corporais.

Relativamente à coordenação, foram efetuadas as provas do índex-nariz e prova de indicação de Barany para os membros superiores e a prova calcanhar-joelho para os membros inferiores. Foi também avaliada a sensibilidade profunda e superficial.

Para a avaliação do equilíbrio a escala de Berg (Berg & Maki, 1991); para a avaliação do Autocuidado utilizaram-se as escalas de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a medida de independência funcional (MIF) (Granger et al., 1986) para uma avaliação mais completa do estado funcional da pessoa. Para uma avaliação detalhada da capacidade e execução da marcha da utente, recorreu-se ao método das categorias Funcionais da Marcha (Holden et al., 1986). A avaliação do risco de queda foi feita com recurso à escala de Morse (DGS, 2019).

Relativamente à avaliação da deglutição recorreu-se à escala de GUSS, aplicada em ambos os estudos de caso, uma vez que os participantes apresentavam diagnóstico de AVC. Antes da sua aplicação, foram avaliados os pares cranianos que participam na deglutição, nomeadamente o trigémeo, facial, glossofaríngeo, vago, espinhal e grande hipoglosso de forma a detetar eventuais alterações sensoriais ou motoras que pudessem comprometer a eficácia e segurança da deglutição. A escala foi reaplicada ao longo do acompanhamento clínico, permitindo monitorizar a evolução da capacidade de deglutição,

orientar as intervenções terapêuticas e definir estratégias seguras de alimentação adaptadas à condição funcional de cada pessoa.

Com o objetivo de acompanhar a evolução dos dois casos ao longo do programa de reabilitação, foram realizadas avaliações periódicas das várias componentes e escalas relevantes. Esta monitorização permitiu obter uma perspetiva dinâmica do estado funcional da pessoa, facilitando a reformulação de estratégias de cuidado e tomada de decisões mais adequadas às necessidades emergentes.

Tomando como exemplo o estudo de caso desenvolvido num serviço de neurocirurgia (APÊNDICE 9), o Sr. JS deu entrada no hospital com diagnóstico de AVC hemorrágico à direita, tendo sido quando da admissão hemóstase do aneurisma e posterior clipagem, apresentando hemiparesia esquerda e disfagia sequelar como principais problemas. Previamente ao diagnóstico de internamento, o Sr. JS era previamente autónomo no seu domicílio. Ao longo do período de acompanhamento do Sr. JS até à data de alta, foram realizadas avaliações periódicas com o objetivo não só documentar fidedignamente a evolução do seu estado, mas também aferir a intervenção do EEER e se esta necessitava de ajustes.

Aquando da avaliação inicial, o Sr. JS apresentava-se com Glasgow score 9, com abertura ocular espontânea, sem resposta verbal e com movimento de retirada à dor. Foram utilizadas diversas escalas para entender as necessidades, défices e dependências nas quais se incluem a MRC para avaliar a forma muscular, escala de Ashworth para avaliar o tónus muscular, escala de Berg para avaliar o equilíbrio, escala de GUSS para a disfagia, tendo sido também utilizadas o índice de Barthel e escala MIF para determinar o nível de dependência global.

Assim, foram identificadas as necessidades e défices do Sr. JS e realizada a construção do plano de cuidados de reabilitação. Foram identificadas diversas necessidades de intervenção do EEER nomeadamente a nível da cognição, força muscular, limpeza das vias aéreas e disfagia. Além disso, sempre que possível foi pedida a participação da família/prestador de cuidados sempre que se justificou.

Relativamente à esfera da cognição, foram executados exercícios de estimulação em todos os componentes que integram a avaliação do estado mental que apresentassem compromisso. Na orientação, o Sr. JS era diariamente questionado sobre a sua orientação alo e auto psíquica. Na atenção, foram realizados exercícios que estimularam da tenacidade, pedindo ao Sr. JS para bater numa mesa cada vez que ouvisse a palavra “não”; estimulação da concentração, pedindo ao Sr. JS para que numa folha com círculos e quadrados apontasse para os círculos e dizer quantos existem. Realizados exercícios de estimulação da memória sensorial (durante os cuidados de higiene através de vários cheiros, temperaturas e texturas), imediata (memorizando uma palavra e pedir para repetir), recente (perguntando o que comeu às refeições) e remota (recordando eventos

com auxílio da família; perguntando que materiais são necessários para os cuidados de higiene). Estimuladas as capacidades práticas pedindo para realizar gestos simbólicos como o sinal da cruz e gestos icônicos como o “dizer adeus” e “gesto de beber água”. Dada a reduzida consciência do membro superior esquerdo, foi utilizado o método de facilitação cruzada como estratégia terapêutica. No que toca à linguagem, estimulou-se o discurso espontâneo através de perguntas simples bem como estimuladas a compreensão, repetição e nomeação de objetos (Menoita, 2012).

No que toca à reabilitação motora, foi trabalhada a força muscular, tendo sido aplicadas a escala de MRC em diferentes segmentos corporais, salientando-se maior compromisso no hemicorpo esquerdo. A força muscular, especialmente nos membros inferiores, é um fator essencial para a realização segura e independente das atividades da vida diária, uma vez que sua diminuição, relacionado com a diminuição do equilíbrio, aumenta consideravelmente o risco de quedas (Stotz et al., 2023). Inicialmente realizadas mobilizações passivas e ativas assistidas em todos os segmentos articulares, privilegiando o hemicorpo afetado, em consonância com estimulação da propriocepção corporal, pedindo sempre ao Sr. JS que nomeasse que segmento do corpo estava a ser mobilizado e posteriormente realizadas mobilizações ativas resistidas e incentivadas automobilizações.

Foram também identificados alguns défices ao nível do autocuidado, nomeadamente durante os cuidados de higiene e nas transferências. Assim, foi realizada um plano de reabilitação que integrasse a melhoria destas capacidades, trabalhando-se simultaneamente a força muscular, o equilíbrio e a vertente cognitiva. Devido ao antecedente pessoal de coxartrose, associado à diminuição da força do membro inferior esquerdo e ao estado de consciência reduzido, é impossível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, incapaz de realizar o teste de Romberg-Barré. Além disso, o Sr. JS não realizou carga durante as transferências, pelo que a marcha não foi avaliada. Assim, foram instruídas técnicas de conservação de energia durante a satisfação dos autocuidados nomeadamente a nível de posições corporais ergonómicas e confortáveis, tanto à pessoa como ao prestador de cuidados. Foi ainda realizado ensino ao prestador sobre a existência e a correta utilização de produtos de apoio às transferências, nomeadamente tábuas e discos de transferência, bem como técnicas de adaptação e segurança, como o uso de calçado e vestuário adequados. Para além disso, foi conferenciado com o prestador de cuidados sobre as possíveis barreiras arquitetónicas existentes no domicílio e sobre formas de as colmatar, nomeadamente presença de escadas, disposição de mobília e tapetes e adaptabilidade da casa de banho.

Devido ao diminuído grau de consciência, foi inicialmente colocada uma SNG no Sr. JS para garantir a nutrição e hidratação adequadas, prevenir o risco de aspiração e possibilitar a administração segura da terapêutica prescrita. A avaliação da deglutição deve ser considerada de caráter prioritário numa pessoa sobrevivente de AVC e idealmente deve

ser realizada durante as primeiras 24 horas da admissão hospitalar (Domingos & Veríssimo, 2014).

A avaliação da deglutição foi realizada com recurso à escala de GUSS. Adicionalmente, foram também realizadas avaliações da saúde da cavidade oral e avaliação dos pares cranianos envolvidos na deglutição. Ao todo foram realizadas duas avaliações da deglutição para perceber a evolução e eficácia do plano instituído. Na primeira avaliação, a pessoa encontrava-se vígil, com presença do reflexo de tosse pouco eficaz. No entanto, à deglutição da saliva observou-se estase salivar, bem como voz molhada, demonstrando pouca colaboração na movimentação dos músculos orofaciais, indicando risco elevado de aspiração. Face à ausência de condições de segurança, não foi realizado o teste de deglutição direta, tendo-se mantido a nutrição por SNG.

Já na segunda avaliação, verificaram-se melhorias clínicas, com presença do reflexo de deglutição eficaz e redução dos sinais de aspiração. Foi então realizado o teste de deglutição direta com diferentes consistências (líquido, mel e pudim), utilizando espessante com água. O Sr. JS foi corretamente posicionado, e a avaliação incluiu auscultação cervical, inspeção e higiene oral e análise da qualidade vocal pós-deglutição. Os resultados indicaram disfagia ligeira e baixo risco de aspiração, tolerando com segurança alimentos com consistência pudim, o que permitiu a remoção da SNG. O plano de reabilitação incluiu exercícios neuromusculares de melhoramento da deglutição 30 minutos antes das principais refeições incluindo os lábios, língua, mandíbula, úvula, bochechas e palato mole e incluídas técnicas posturais que facilitassem a deglutição.

Relativamente ao equilíbrio e treino de marcha, estes foram trabalhados com mais dimensão no estudo de caso da Sr<sup>a</sup> IC (APÊNDICE 10), também sobrevivente de AVC com compromisso da força muscular dos membros inferiores, equilíbrio e conseqüentemente da marcha. Contextualizando, a Sr.<sup>a</sup> IC apresentava inicialmente sequelas motoras resultantes do AVC, nomeadamente diminuição da força muscular, a adicionar o diagnóstico de endocardite, o que prolongou significativamente o tempo de hospitalização e conseqüentemente a severidade das sequelas motoras. À data da alta hospitalar, foi referenciada para a ECCI com o objetivo de iniciar um programa de reabilitação focado no treino de marcha, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular generalizado.

Considerando que a Sr<sup>a</sup> IC reside num 2<sup>o</sup> andar sem elevador, foi definido um plano de reabilitação centrado especificamente na melhoria do equilíbrio e da marcha, com o objetivo de capacitá-la a subir e descer escadas de forma autónoma, promovendo assim a sua independência nas atividades fora do domicílio.

Inicialmente, foram aplicadas escalas de avaliação como a Escala de Equilíbrio de Berg e a Escala das Categorias Funcionais da Marcha. Foram programadas sessões de reabilitação duas vezes por semana, nas quais se realizaram exercícios de fortalecimento dos membros inferiores, utilizando exercícios livres e com resistência, através de bandas

elásticas. Trabalhou-se o equilíbrio estático e dinâmico, e foi ainda instruída e treinada na técnica correta de subir e descer escadas.

Ao fim de três semanas, a Sr<sup>a</sup> IC já conseguia realizar de forma autónoma a subida e descida das escadas do prédio, mantendo uma marcha fluida, com equilíbrio e sem adoção de posturas viciosas.

As competências desenvolvidas neste domínio refletem os descritores de Dublin (DGES, 2013). O descritor "Conhecimento e compreensão" é evidenciado na capacidade do EEER conceber estratégias de intervenção adaptadas às necessidades da pessoa ao longo do ciclo de vida e em diferentes contextos institucionais. A "Aplicação de conhecimentos e compreensão" manifesta-se na atuação perante desafios motores, respiratórios, cognitivos e sensoriais, com estratégias ajustadas a cada situação. No âmbito da "Realização de julgamento", o EEER toma decisões clínicas fundamentadas, integrando também dimensões sociais, culturais e éticas, promovendo a autonomia, a inclusão e a dignidade da pessoa. O descritor "Comunicação" é cumprido pela interação eficaz com a pessoa, a família e a equipa multidisciplinar, assegurando cuidados articulados e de qualidade. Por fim, o descritor "Competências de autoaprendizagem" evidencia-se na capacidade do EEER para refletir criticamente sobre a sua prática, identificar necessidades formativas e atualizar-se com base na evidência científica.

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

No sentido de alcançar as competências inseridas neste domínio, delineou-se o objetivo "Promover a independência funcional através da avaliação, reeducação e capacitação do utente com deglutição comprometida, incluindo a família/cuidador".

A condição de deficiência é algo que faz parte da própria condição humana, sendo que todas as pessoas a podem eventualmente experienciar em qualquer momento da sua vida. Compreende uma realidade complexa, podendo emergir como uma situação temporária ou crónica, ligeira ou severa, sendo que com o avançar da idade, é comum surgirem mais limitações e défices a nível da mobilidade funcional. Assim, considera-se que a deficiência faz parte do processo de doença dos seres humanos, tornando-se essencial reconhecer que a deficiência não reside apenas na condição de saúde, mas resulta da interação entre a pessoa e as barreiras presentes no meio onde está inserida (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Com uma população cada vez mais envelhecida, é também notável o crescente número de alterações fisiológicas, funcionais e cognitivas que comprometem a independência e a autonomia da pessoa idosa e conseqüentemente a afastam dos papéis sociais. A ER assume, neste contexto, um papel central na prevenção da perda funcional, na promoção da mobilidade segura e na adaptação do ambiente físico e social, contribuindo para um envelhecimento ativo e com dignidade (Cerqueira & Grilo, 2019).

O EEER assume um papel central na promoção da autonomia funcional, sendo que no compromisso contínuo com a qualidade da prática profissional, o EEER tem como objetivo promover o bem-estar da pessoa, intervindo nas atividades de vida em que esta revela dependência, de forma a complementar e potenciar a sua funcionalidade (Regulamento nº 350/2015).

A intervenção do EEER passa por intervir na capacitação da pessoa que apresenta qualquer tipo de déficit funcional, promovendo o máximo de autonomia e qualidade de vida, através de cuidados que favoreçam o desempenho de atividades de vida diária, mobilidade e participação na vida familiar e social em que se insere (Regulamento nº 392/2019, 2019).

É assim necessário, compreender e distinguir dois conceitos muitas vezes confundidos, mas profundamente distintos: autonomia e independência. O conceito de autonomia remete para a capacidade de uma pessoa conseguir tomar decisões de forma livre e consciente, sendo um princípio ético e um direito humano fundamental. Compreende o respeito pela autodeterminação da pessoa, especialmente em decisões relacionadas com a sua saúde, devendo por isso mesmo ser considerada a sua vontade quando EEER formula o seu plano de reabilitação (E. Blackburn et al., 2018). Relativamente ao conceito de independência, este compreende a capacidade funcional da pessoa em realizar tarefas do dia a dia, sem necessitar de auxílio de outrem (Molenaar et al., 2023). Posto isto, a promoção da independência revela-se como um objetivo central na reabilitação, estando relacionado inegavelmente com a noção de envelhecimento saudável (Liu et al., 2022).

Conseqüentemente, a teoria de Orem fornece uma estrutura conceptual sólida para orientar a prática do EEER, ao enfatizar a capacitação da pessoa para o autocuidado. Quando o EEER identifica que a pessoa apresenta algum déficit ou compromisso na participação ativa do seu próprio autocuidado, tem a responsabilidade de intervir, com uma avaliação inicial das limitações observadas e posteriormente integrar a sua intervenção no subsistema de cuidado mais adequado. A compatibilidade da Teoria de Orem reconhece-se, pois visa capacitar a pessoa com deficiência ou limitação funcional para recuperar a sua participação ativa na sociedade e exercer plenamente os seus direitos de cidadania. Isto implica não apenas ajudar a pessoa a recuperar capacidades físicas ou cognitivas, mas também educá-la e envolvê-la ativamente no seu processo de reabilitação, promovendo a autogestão da saúde e a reinserção social.

Em contexto de estágio, procurou-se capacitar a pessoa e respetivos familiares, promovendo e incorporando intervenções individualizadas e orientadas para as necessidades da pessoa, sempre com o objetivo de maximizar a sua autonomia e independência. Houve a possibilidade de realizar acompanhamentos em contexto de internamento onde se prestou especial atenção em preparar uma alta clínica e um regresso ao domicílio seguro, eficaz e informado, bem como de acompanhar a pessoa já em contexto de domicílio e intervir permitindo não só dar continuidade aos cuidados de reabilitação, como também intervir diretamente sobre os défices funcionais existentes.

A título de exemplo o estágio realizado no serviço de neurocirurgia, a elaboração do programa de reabilitação descrito no APÊNDICE 9, reflete a preocupação em garantir que a pessoa e família participassem ativamente no processo de recuperação e reabilitação do Sr. JS, nomeadamente encorajando a família a participar na satisfação dos autocuidados em que se identificou um considerável grau de compromisso como higiene, alimentação e transferências. Neste sentido a atuação do EEER contempla não só na capacitação da pessoa melhorando a sua independência nos autocuidados, mas também foram realizadas reuniões familiares com o objetivo de discutir sobre o estado de debilidade do Sr. JS, quais os défices identificados, qual o seu potencial de recuperação funcional e qual o nível de disponibilidade e capacidade da família para que se prestasse um cuidado efetivo e seguro no domicílio, considerando as condições socioeconómicas da família, condições arquitetónicas do domicílio e redes de apoio.

Ao Sr. JS, concebeu-se um plano de treino de AVD direcionado para a alimentação, higiene e transferências. Durante o período de internamento foram realizadas avaliações periódicas do estado de compromisso e dependência nos autocuidados e simultaneamente adaptado o plano de reabilitação e intervenções, sempre considerando a fundamentação teórica da Teoria de Orem. Relativamente á higiene pessoal, esta foi inicialmente prestada no leito com substituição total do Sr. JS, devido ao seu elevado grau de dependência e diminuído estado de consciência, impossibilitando a sua participação ativa no autocuidado. Gradualmente verificou-se uma progressiva participação do Sr. JS, conseguindo já nomear o material necessário para a higiene pessoal, capacidade para alternar decúbitos de forma independente e realizar lavagem e secagem a parte superior do corpo. Paralelamente, teve-se em consideração a capacitação do prestador de cuidados no auxílio do Sr. JS no domicílio, com ensinamentos e treino de técnicas corretas, estratégias de conservação de energia, condições arquitetónicas da casa de banho do domicílio e posições mais ergonómicas para uma prestação de cuidados mais segura e eficaz.

Relativamente à alimentação, inicialmente o Sr. JS esteve com sonda nasogástrica, devido ao diminuído grau de consciência, o que impossibilitava a alimentação por via oral, sendo, por isso, completamente substituído na satisfação desta AVD. Progressivamente com a melhoria do estado de consciência, surgiu a oportunidade de avaliar a eficácia da

deglutição e a possibilidade de retomar a alimentação oral, tendo sido utilizada a escala de GUSS, com avaliações periódicas para melhor documentar a evolução. Após várias sessões de ensino de técnicas e manobras facilitadoras, bem como treino da musculatura responsável pela deglutição, verificou-se uma melhoria significativa. Embora o processo de deglutição ainda fosse demorado á data da alta, o Sr. JS conseguia deglutir alimentos com várias consistências, sem apresentar de voz molhada, tosse tardia, aspiração ou engasgamento.

Apesar das melhorias observadas a nível da deglutição, o Sr. JS mantinha ainda algum grau de dependência na AVD alimentação, devido à diminuição da força muscular dos membros superiores e da motricidade fina, impossibilitando ainda a agarrar nos talheres e levar o alimento à boca. Nesse sentido, foi responsabilidade do EEER capacitar e ensinar a prestadora de cuidados a prestar apoio eficaz, abordando aspetos como a preparação dos alimentos, o correto posicionamento da pessoa sentado durante as refeições e a vigilância contínua de sinais de aspiração ou engasgamento.

Destaca-se também, durante o estágio realizado em Ortotraumatologia, a realização de um folheto informativo com materiais de apoio (APÊNDICE 15), no qual é abordado o sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA), clarificando-se o seu conceito e funcionamento. O folheto inclui uma descrição e imagens dos produtos de apoio existentes, organizadas de acordo com os diferentes autocuidados, nomeadamente a nível do vestuário, higiene, uso de sanitário, posicionamentos, transferências, auxiliares de marcha e alimentação. Assim sendo, a entrega deste documento, dá a conhecer à pessoa os diferentes tipos de material de apoio, permitindo-lhe conhecer as opções disponíveis e identificar aquela que se melhor adapta as suas necessidades. Deste modo, possibilita-se o planeamento e a realização de treino prévio com os dispositivos indicados, assegurando que, no momento da alta, a pessoa saiba utilizá-los corretamente no domicílio, promovendo maior segurança, autonomia e continuidade dos cuidados.

Este domínio de competências encontra-se alinhado com os Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos, sendo possível interligar os cinco descritores com as competências e atividades realizadas em estágio. Relativamente ao "conhecimento e compreensão", para responder às diferentes e complexas necessidades da pessoa com deficiência, o EEER deve mobilizar e adquirir conhecimentos que o auxiliem a compreender as diferentes dimensões da deficiência e assim definir a melhor estratégia de intervenção, promovendo uma enfermagem de reabilitação adequada e segura. No que toca à "aplicação de conhecimentos", é requerido ao EEER a capacidade de adaptação às diferentes particularidades e circunstâncias que se podem originar durante o processo de reabilitação, por isso, deve escrutinar o seu leque de conhecimentos e saber aplicá-los dos diferentes contextos e dinâmicas sociais, familiares e funcionais da pessoa com deficiência. Relativamente ao descritor "Realização de julgamento", este foi atingido através da

aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, permitindo a análise crítica e a resolução de situações complexas, com consideração pelas dimensões sociais, éticas e funcionais inerentes à pessoa com deficiência. O descritor “comunicação” alcançou-se através da transmissão clara de conhecimentos e fundamentos teóricos, nos diferentes contextos, nos quais foi adaptado o discurso quer com a equipa multidisciplinar que com a pessoa e respetivo prestador de cuidados. Por fim, o descritor “competências de autoaprendizagem” foi atingido através do desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos de forma autónoma e com iniciativa própria, nomeadamente na procura ativa de evidência científica atualizada de modo a melhorar a resposta clínica e adequar a abordagem à pessoa com deficiência, promovendo intervenções mais eficazes e fundamentadas (DGES, 2013).

### 2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Para desenvolver as competências inseridas dentro deste domínio foi delineado o objetivo “Promover a independência funcional através da avaliação, reeducação e capacitação do utente com deglutição comprometida, incluindo a família/cuidador”.

Mencionar o conceito de funcionalidade implica, evidentemente, falar em incapacidade, ambos conceitos interdependentes, que resultam de uma interação dinâmica entre fatores pessoais, ambientais e contextuais, articulando-se na análise do estado funcional da pessoa. A funcionalidade abrange todas as funções do corpo humano encarregues das principais atividades e participação da pessoa na sua vida quotidiana, já o termo incapacidade, refere-se a deficiências, limitações ou restrições nessa participação. Embora os dispositivos de apoio pessoal não eliminem as deficiências de base, têm um papel fundamental na redução das limitações funcionais, promovendo a autonomia e a participação ativa da pessoa (OMS, 2003).

Frequentemente, o EEER intervém em diversos cenários de incapacidade funcional, promovendo a recuperação da funcionalidade, bem estar e adaptação em todas as fases do ciclo de vida, sempre através de intervenções individualizadas, fundamentadas em evidência científica, que visam maximizar o potencial da pessoa e favorecer a sua reintegração social e participação ativa na comunidade (Regulamento nº 350/2015).

O EEER, ao deter capacidades de gerir recursos humanos, materiais e conseguir mobilizar os seus conhecimentos com agilidade e criatividade, interage com a pessoa no sentido maximizar as suas capacidades funcionais permitindo um melhor desempenho cardíaco, motor, cognitivo e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

A pessoa que sobrevive a um AVC irá enfrentar um leque de limitações motoras e cognitivas que comprometem a sua vivência diária e papel social, cabe ao EEER intervir adequadamente, focando-se na melhoria da funcionalidade, potenciando as capacidades remanescentes da pessoa, e por consequente, minimizando as incapacidades (Gu & Huang, 2023).

Reconhece-se então, que a atividade física está intrinsecamente relacionada com a grande maioria das tarefas do quotidiano das pessoas, a qual por isso mesmo deve ser encorajada, pois está ao alcance de todos. Assim, é imperativo que o EEER seja incluído no seu plano de reabilitação individualizado, de modo a obter resultados favoráveis e benéficos para a melhoria funcional da pessoa (Novo et al., 2021).

Inserido dentro do estágio realizado em UCC e na procura de potenciar a funcionalidade e promover o desenvolvimento das capacidades individuais, foi promovida uma sessão de educação para a saúde inserida na comemoração do Dia Internacional do AVC, intitulada "Estilo de vida saudável? AVC improvável" (APÊNCIDE 14), dirigida à população de um centro de dia, com o objetivo de promover a literacia em saúde e sensibilizar para a importância da prevenção do AVC através de uma alimentação saudável e exercícios físico. De forma a tornar a ação mais participativa e acessível, foi incluída uma componente dinâmica, com a realização de exercícios físicos simples e adaptados, promovendo a atividade física como um fator importante não só na prevenção do AVC, mas também para um envelhecimento ativo.

Além disso, ao longo dos diferentes campos de estágio, foi realizada uma intervenção abrangente que incluiu reabilitação motora com fortalecimento muscular, exercícios de flexibilidade e alongamentos, treino de equilíbrio, treino de marcha, treino de AVD. Em pessoas sobreviventes de AVC, a reabilitação motora revela-se consideravelmente significativa através de estimulação da propriocepção e consciência corporal possível obter melhores resultados nos níveis de independência e participação ativa nas AVD (Ahn, 2018).

Sobre a reabilitação respiratória, procurou-se realizar diversas intervenções com o objetivo de promover uma ventilação eficaz, prevenir complicações respiratórias e otimizar a função pulmonar. Tanto em contexto hospitalar e domiciliário, foram realizadas técnicas de reeducação respiratória, incluindo o controlo e a dissociação dos tempos respiratórios, bem como o ensino da tosse eficaz e manobras acessórias, fundamentais para garantir uma adequada limpeza das vias aéreas e prevenir situações como atelectasias e pneumonias. Adicionalmente foram incluídas estratégias como a terapia de posição e a drenagem postural, com o intuito de facilitar a mobilização de secreções (Gomes & Ferreira, 2016; OE, 2018).

Ao longo de todo o plano de reabilitação foi também incentivada a reabilitação cognitiva, encorajando a pessoa a participar em decisões importantes do seu plano de

cuidado incluindo estimulação da memória, orientação temporal e resolução de problemas simples. Este envolvimento ativo favoreceu a autonomia e a percepção de controlo sobre o próprio processo de recuperação. Adicionalmente, promoveu-se a comunicação eficaz e o reforço positivo da sua jornada de reabilitação, fundamentais para o sucesso da intervenção do EEER.

Destaca-se também a intervenção realizada no Sr. JS, com particularidade na disfagia manifestada, a qual exigiu uma abordagem detalhada e centrada numa avaliação continua da capacidade de deglutição. Ao incluir um programa de fortalecimento muscular da musculatura da orofaringe, juntamente com aplicação de técnicas e manobras facilitadoras da deglutição, pretendeu-se diminuir o risco de aspiração, assegurar um aporte nutricional adequado e devolver o máximo de independência à pessoa. Assim, tal como se prevê dentro deste domínio de competências, foi possível maximizar a funcionalidade, considerando as suas incapacidades e delinear estratégias adaptativas que permitem contornar as limitações na alimentação, garantindo segurança, eficácia na alimentação e salvaguarda da dignidade.

No âmbito deste domínio, as competências desenvolvidas permitiram atingir os cinco descritores de Dublin (DGES, 2013). O descritor "Conhecimento e compreensão" foi evidenciado na capacidade de mobilizar saberes sobre os fatores que influenciam a funcionalidade humana e as repercussões associadas à sua limitação. O descritor "Aplicação de conhecimentos" foi atingido pela utilização integrada de conhecimentos teóricos e práticos na avaliação da funcionalidade, identificando o grau de comprometimento nas atividades de vida diária e delineando planos de reabilitação individualizados. Quanto à "Realização de julgamento", esta manifestou-se na adaptação das intervenções de enfermagem, considerando os contributos da equipa multidisciplinar, bem como as necessidades da pessoa e da família/cuidador. O descritor "Comunicação" ficou patente na capacidade de ajustar a linguagem e abordagem aos diferentes interlocutores, promovendo uma comunicação eficaz que favorece a adesão e o envolvimento ativo no processo de reabilitação. Por fim, o descritor "Competências de autoaprendizagem" revelou-se na reflexão crítica sobre a prática profissional, com foco na eficácia dos planos de intervenção desenvolvidos e no seu impacto na promoção da funcionalidade.

### **3. Considerações Finais**

Todo o processo de desenvolvimento de competências do EEER compreende uma construção progressiva de saberes, atitudes, e aptidões que lhe permitem atuar autonomamente, mediante um espírito crítico focando inteiramente na promoção da funcionalidade e qualidade de vida da pessoa. O percurso académico revelou-se enriquecedor pois compreendeu a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, contribuiu significativamente para o exercício qualificado da minha função como Enfermeiro generalista e futuro EEER, permitindo-me intervir com maior confiança, segurança, autonomia e sentido crítico.

Abordar o AVC em enfermagem, remete inevitavelmente, na deteção precoce dos sinais e sintomas para que seja possível atuar em conformidade na prevenção de complicações associadas e, caso se manifestem défices da funcionalidade e autocuidado, saber como intervir, atenuando as limitações que comprometem significativamente a realização das atividades de vida diária. Nesta perspetiva, o EEER assume um papel significativo na recuperação, adaptação e reintegração da pessoa sobrevivente de AVC, providenciando estratégias adaptadas e individualizadas que permitem alcançar o máximo grau de autonomia e independência funcional.

No que diz respeito à disfagia associada ao AVC, é uma das sequelas que mais complicações apresenta, nomeadamente a nível da diminuição do aporte nutricional, risco de aspiração e eventual ocorrência de pneumonias. Deve-se assim, priorizar uma deteção precoce desta complicação, aferindo a severidade da disfagia através de uma avaliação contínua e sistemática da capacidade de deglutição. Esta avaliação permite delinear intervenções individualizadas, com recurso a manobras compensatórias, modificação da consistência dos alimentos, treino da musculatura envolvida e ensino de estratégias de alimentação segura.

É de notar a necessidade do desenvolvimento e avanço dos cuidados de reabilitação, sendo estes um direito e necessidade inegável da população. Assim, a intervenção diferenciada do EEER compreende responder aos problemas de saúde que aparecem nos processos de vida das pessoas através de competências especializadas sustentadas na prática baseada na evidência (Pestana, 2016).

A aplicação da teoria desenvolvida por Dorothea Orem, possibilitou compreender os défices de autocuidado manifestados e atuar em conformidade no compromisso da disfagia no sobrevivente de AVC. Através da delineação de um plano de intervenção de enfermagem com uma visão promissora, focado na satisfação das necessidades, capacitação e manutenção da saúde e bem-estar, visando ganhos em saúde e aumentado a qualidade de vida.

Constata-se também que o desenvolvimento de estudos de caso no âmbito dos vários campos de estágio, evidenciaram a aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do percurso académico. Neste contexto, a componente de estágio demonstrou-se ser uma ferramenta de aprendizagem valiosa para a sistematização dos cuidados, produção de conhecimento científico e desenvolvimento do raciocínio clínico, permitindo desenvolver programas de reabilitação complexos e individualizados, tendo em conta as necessidades das pessoas, sempre almejando a maximização da sua autonomia, independência e funcionalidade.

Procurou-se durante o período de estágio atuar sobre o maior número possível de pessoas sobreviventes de AVC e que manifestasse compromisso da deglutição, sendo possível realizar um estudo de caso que englobasse o AVC e a disfagia. Já o segundo estudo de caso procurou demonstrar outras competências, diferentes da abordagem ao AVC e à disfagia, com o intuito de evidenciar outras facetas e leques de conhecimentos dentro da EE. Pretendeu-se assim mostrar que foi possível intervir em diversas dimensões e tipologias de pessoas, aplicando estratégias adaptadas a diferentes contextos clínicos.

Importa referir que durante o período de estágio verificaram-se alguns constrangimentos relativamente ao aproveitamento do tempo útil durante o estágio, nomeadamente a necessidade dos enfermeiros orientadores não prestarem somente cuidados de enfermagem de reabilitação, mas também cuidados gerais, limitando a sua disponibilidade. Esta realidade reforça a importância da formação especializada em cuidados de reabilitação e da existência de equipas diferenciadas, permitindo que o EEER se dedique aos cuidados de reabilitação.

Não obstante os constrangimentos, importa referir que todo o percurso realizado foi extremamente positivo e gratificante. Percurso este que impulsionou o meu desenvolvimento profissional e pessoal, despertando em mim uma motivação contínua para a busca de novos conhecimentos e técnicas. Este crescimento refletiu-se ao longo do percurso académico, nomeadamente durante o período de estágio, onde aprimorei a minha capacidade de análise, planeamento e tomada de decisão clínica, competências indispensáveis na construção de planos de reabilitação individualizados e que respeitem as necessidades e capacidades da pessoa.

Assim, é possível afirmar que este percurso permitiu o desenvolvimento consistente das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do EEER. De igual modo, ficaram demonstrados os descritores de Dublin previstos para o 2.º ciclo de estudos, nomeadamente no domínio do conhecimento e compreensão, da aplicação do saber à prática, da tomada de decisão fundamentada, da comunicação eficaz e da capacidade de aprendizagem ao longo da vida, pilares essenciais para uma prática profissional autónoma, crítica e centrada na pessoa.

## BIBLIOGRAFIA

Ahn, Sin-Nae. (2018). *Differences in body awareness and its effects on balance function and independence in activities of daily living for stroke*.

Arnold, Marcel, Liesirova, Kai, Broeg-Morvay, Ane, Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M.-L., El-Koussy, M., Kägi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One*, 11(2), e0148424. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>

American Stroke Association. (2020). *Explaining Stroke*. [https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining\\_Stroke\\_Brochure\\_2020.pdf](https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining_Stroke_Brochure_2020.pdf)

American Stroke Association. (2024). *American Stroke Association*. <https://www.stroke.org/en/>

Aze, O. D., Ojardias, E., Akplogan, B., Giroux, P., & Calmels, P. (2023). Structural and pathophysiological muscle changes up to one year after post-stroke hemiplegia: a systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(4), 474–487. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.07844-9>

Barata, L. F. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida - Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida profissional: A importância da formação contínua*. Lusodidata.

Berg, K., & Maki, B. E. (1991). *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument*. <https://www.researchgate.net/publication/21687774>

Blackburn, E., Durocher, E., Feldman, D. E., Hudon, A., Laliberté, M., Mazer, B., & Hunt, M. (2018). Supporting, promoting, respecting and advocating: A scoping study of rehabilitation professionals' responses to patient autonomy. *Canadian Journal of Bioethics*, 1(3), 22–34. <https://doi.org/10.7202/1058249ar>

Blackburn, M., & Van Vliet, P. (2002). *Reliability of Measurements Obtained With the Modified Ashworth Scale in the Lower Extremities of People With Stroke*. <https://academic.oup.com/ptj/article/82/1/25/2836978>

Braga, R. (2016). Reeducação da deglutição. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263–270). Lusodidata.

Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação na pessoa com AVC*. Formasau.

Cerqueira, A. V. B., & Grilo, E. N. (2019). Prevenção das consequências da imobilidade na pessoa em situação crítica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 78–89. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574>

Chen, H.-J., Chen, J.-L., Chen, C.-Y., Lee, M., Chang, W.-H., & Huang, T.-T. (2019). Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph16122228>

Cheng, i. K. Y., chan, k. M. K., wong, c., li, l. S. W., chiu, k. M. Y., cheung, r. T. F., & yiu, E. M. L. (2017). Neuronavigated high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for chronic post-stroke dysphagia: a randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 49(6), 475–481. <https://doi.org/10.2340/16501977-2235>

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril de 1998. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª Série I-A, n.º 93, pp. 1739–1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Ministério da Saúde. (2015, 10 de fevereiro). *Despacho n.º 1400-A/2015: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020* (Diário da República, 2.ª série, n.º 28, suplemento, pp. 3882–3882). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212> (consulta via Diário da República).

Deodato, S. (2016). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In C. Marques Vieira & L. Sousa (Coords.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1.ª ed., pp. 35–39). Lusodidacta.

Direção Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. [https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_qnq\\_qeq.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf)

Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE Ordem dos Enfermeiros-Secção Regional Sul Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem "Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida."* [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)

Farpour, S., Asadi-Shekaari, M., Borhani Haghghi, A., & Farpour, H. R. (2023). Improving Swallowing Function and Ability in Post Stroke Dysphagia: A Randomized Clinical Trial. *Dysphagia*, 38(1), 330–339. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10470-0>

Fernandes, J., & Sá, M. do C. (2021). *Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (2ª edição). Papa Letras.

Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*.

Figueira, S., Ribeiro, M., Lopes, P., Nunes, S., Mendes, T., Luís, N., Quintela, C., Mendes, J., Pires, P., Rodrigues, B., Oliveira, D., Semedo, A., Fonseca, A., Nobre, P., Salselas, S., Oliveira, A., Morais, D., Freitas, F., Martins, S., ... Pinto, T. (2025). *Guia de Enfermagem do AVC 1ª Edição Autores Guia elaborado pelo grupo de enfermagem em AVC-Portugal Angels Nurse Task Force. Fase Pré-hospitalar*.

Figueiredo, M. D. C. P. (2015). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967014.pdf>

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 12–18). Lidel.

Genentech. (2021). *Dad could lose everything to stroke react to stroke? React to stroke? But you have nothing to lose calling 911*. [https://www.strokeawareness.com/content/dam/gene/strokeawareness/patient/pdfs/Patient\\_Brochure.pdf](https://www.strokeawareness.com/content/dam/gene/strokeawareness/patient/pdfs/Patient_Brochure.pdf)

Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da função respiratória. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253–262). Lusodidacta.

Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., & Xielesny, M. (1986). *Advances in functional assesment for medical rehabilitation*.

Gu, M., & Huang, H. (2023). Effect of early rehabilitation nursing on neurological function and quality of life of patients with hemiplegia after stroke: A meta-analysis. In *Medicine (United States)* (Vol. 102, Issue 34, p. E34919). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034919>

Guillen-Sola, A., Messaggi-Sartor, M., Ramírez-Fuentes, C., Marco, E., & Duarte, E. (2021). The Retornus-2 study: impact of respiratory muscle training in subacute stroke

patients with dysphagia, study protocol of a double-blind randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05353-y>

Hägglund, P., Hägg, M., Levring Jäghagen, E., Larsson, B., & Wester, P. (2020). Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC Neurology*, 20(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01980-1>

Ho, Y.-H., Liu, H.-Y., & Huang, S.-T. (2014). The Prevalence and Signs of Dysphagia Among Stroke Patients in Rehabilitation Units. *Journal of Nursing*, 61(2), 54–62. <https://doi.org/10.6224/JN.61.2.54>

Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). *Gait Assessment for Neurologically Impaired Patients Standards for Outcome Assessment*. <http://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>

Huang, L., Wang, Y., Sun, J., Zhu, L., Liu, J., Wu, Y., Shan, C., Yan, J., & Wan, P. (2023). Incidence and Risk Factors for Dysphagia Following Cerebellar Stroke: a Retrospective Cohort Study. *Cerebellum*, 23(4), 1293–1303. <https://doi.org/10.1007/s12311-023-01564-y>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Causas de Morte por doenças do aparelho circulatório*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_bo ui=706996012&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=706996012&DESTAQUESmodo=2)

INEM. (2025, March 31). *Dia Nacional do Doente com AVC – INEM encaminhou 22 por dia através da Via Verde do AVC - INEM*. [https://www.inem.pt/2025/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-22-por-dia-atraves-da-via-verde-do-avc/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.inem.pt/2025/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-22-por-dia-atraves-da-via-verde-do-avc/?utm_source=chatgpt.com)

Jandaghian-Bidgoli, M., Jamalnia, S., Pashmforosh, M., Shaterian, N., Darabiyan, P., & Rafi, A. (2025). Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02855-x>

Le, H., Lui, F., & Lui, M. Y. (2024). Aphasia. *The Handbook of Language and Speech Disorders - NIH*, 286–309. <https://doi.org/10.1002/9781119606987.ch14>

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Código Deontológico do Enfermeiro). *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 181 (16/09/2015), 8059 8105. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Liu, L., Daum, C., Miguel Cruz, A., Neubauer, N., Perez, H., & Ríos Rincón, A. (2022). Ageing, technology, and health: Advancing the concepts of autonomy and independence. *Healthcare Management Forum*, 35(5), 296–300. <https://doi.org/10.1177/08404704221110734>

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 56–61.

Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., & Lindberg, G. (2014). *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines Disfagia Diretrizes e cascatas mundiais*.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2021). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>

Maruca, A. (2023). Empowering Health Journey: Dorothea Orem's Self-care Deficit Theory in Patient Empowerment. *Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences Empowering Health Journey*. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.88>

Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Her Majesty's Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.

Mensah, G. A., Fuster, V., Murray, C. J. L., Roth, G. A., Abate, Y. H., Abbasian, M., Abd-Allah, F., Abdollahi, A., Abdollahi, M., Abdulah, D. M., Abdullahi, A., Abebe, A. M., Abedi, A., Abedi, A., Abiodun, O. O., Ali, H. A., Abu-Gharbieh, E., Abu-Rmeileh, N. M. E., Aburuz, S., ... Zyoude, S. H. (2023). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(25), 2350–2473. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.11.007>

Molenaar, E. A. L. M., Barten, J. A., te Velde, S., van der Schoot, L., Bleijenberg, N., de Wit, N. J., & Veenhof, C. (2023). Functional Independence in the Community Dwelling Older People: a Scoping Review. *Journal of Population Ageing*, 16(1), 243–262. <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09315-1>

Montezeli, J. H., de Almeida, K. P., & Haddad, M. do C. F. L. (2018). Nurses' perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>

Mourão, A. M., Lemos, S. M. A., Almeida, E. O., Vicente, L. C. C., & Teixeira, A. L. (2016). Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CODAS*, 28(1), 66–70. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015072>

N, y. H. A. H., sohn, h.-j., park, j.-s., n, t. G. A. H., shin, y. B., park, m., sung-hwa, k. O., & shin, y.-i. (2017). Effect of bihemispheric anodal transcranial direct current stimulation for dysphagia in chronic stroke patients: a randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 49(1), 30–35. <https://doi.org/10.2340/16501977-2170>

National Institute of Health. (2023, May). *Stroke - What Is a Stroke?* | NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke>

Direção-Geral da Saúde. (2019, 9 de dezembro). *Norma n.º 008/2019: Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (2.ª edição)*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 241, p. 10936. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 76–81). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória: Guia Orientador de Boa Prática*. *Cadernos OE*, 1(10). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3o\\_respirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o_respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6º ed). Morby.

Organização Mundial da Saúde. (2003). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C., & Andrade, C. R. (2011). *deglutição comprometida numa unidade de intensivos - brasil*.

Palmar-Santos, A. M., Oter-Quintana, C., Olmos, R., Pedraz-Marcos, A., & Robledo-Martin, J. (2023). A mixed methods study using case studies prepared by nursing students as a clinical practice evaluation tool. *Nursing Open*, 10(9), 6592–6601. <https://doi.org/10.1002/nop2.1919>

Park, H., Oh, D., Yoon, T., & Park, J. (2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(3), 479–484. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12453>

Park, J.-S., An, D.-H., Oh, D.-H., & Chang, M.-Y. (2018). Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. *NeuroRehabilitation*, 42(2), 191–197. <https://doi.org/10.3233/NRE-172250>

Pereira, R. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida - Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, uma oportunidade*. Lusodidata.

Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47–55). Lusodidata.

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*.

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II Série, n.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 350/2015. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, II Série, n.º 119, 16655-16660. <https://dre.pt/application/conteudo/67552234>

Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, II Série, n.º 85, 13565-13568. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/13565/13568.pdf>

Regulamento n.º 656/2021. (2021). Regulamento de formação profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, n.º 129, 173–191. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23264/0017300191.pdf>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lidel.

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023a). Rehabilitation nursing program for people with impaired swallowing in the context of stroke: exploratory study. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Sá, Oliveira, Almeida, Sacramento, & Oliveira. (2023b). Rehabilitation nursing program for people with impaired swallowing in the context of stroke: exploratory study. *Revista portuguesa de enfermagem de Reabilitação*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S. V., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J. M., Moseley, M. E., Peterson, E. D., Turan, T. N., Valderrama, A. L., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 44(7), 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>

Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P. (2021). Dysphagia: clinical evaluation and management. *Internal Medicine Journal*, 51(7), 1021–1027. <https://doi.org/10.1111/imj.15409>

Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: a pilot study. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>

Silva, A. (2016). *Universidade do porto Modelação de um Software para Análise Qualitativa e Quantitativa da Deglutição Orofaríngea por Videofluoroscopia Dissertação do Mestrado em Informática Médica SETEMBRO 2016.*

Simonelli, M., Ruoppolo, G., Iosa, M., Morone, G., Fusco, A., Grasso, M. G., Gallo, A., & Paolucci, S. (2019). A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 44(1), 103–110. <https://doi.org/10.3233/NRE-182526>

Smithard, D. G., Smeeton, N. C., & Wolfe, C. D. A. (2007). Long-term outcome after stroke: Does dysphagia matter? *Age and Ageing*, 36(1), 90–94. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl149>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal - SPMI.* <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>

Steele, C., Bayley, M., Peladeau-Pigeon, M., Nagy, A., Namasivayam, A., Stokely, S., Wolkin, T., Steele, C. M., Bayley, M. T., Namasivayam, A. M., & Stokely, S. L. (2016). A Randomized Trial Comparing Two Tongue-Pressure Resistance Training Protocols for Post-Stroke Dysphagia. *Dysphagia* (0179051X), 31(3), 452–461. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9699-5>

Stotz, A., Hamacher, D., & Zech, A. (2023). Relationship between Muscle Strength and Gait Parameters in Healthy Older Women and Men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph20075362>

Suntrup-Kruger, S., Ringmaier, C., Muhle, P., Warnecke, T., & Dziewas, R. (2017). Randomized controlled trial of TDCS for the treatment of poststroke dysphagia. *Dysphagia*, 32(1), 170. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9766-y>

Tarihci Cakmak, E., Sen, E. I., Doruk, C., Sen, C., Sezikli, S., & Yaliman, A. (2023). The Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation on Swallowing Functions in Post-stroke Dysphagia: A Randomized Controlled Trial. *Dysphagia*, 38(3), 874–885. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10512-7>

Teasdale Bryan Jennett, G. (1971). Assessment of coma and impaired consciousness a Practical Scale. In *J. Cancer in Five Continents* (Vol. 28). [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In *Téóricas de Enfermagem e sua Obra* (5<sup>o</sup> edição, pp. 211–224). Lusociência.

Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics - 2023 Update: A Report from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 147, Issue 8, pp. E93–E621). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>

Umay, E. K., Yaylaci, A., Saylam, G., Gundogdu, I., Gurcay, E., Akcapinar, D., & Kirac, Z. (2017). The effect of sensory level electrical stimulation of the masseter muscle

in early stroke patients with dysphagia: A randomized controlled study. *Neurology India*, 65(4), 734–742. [https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI\\_377\\_16](https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI_377_16)

World Health Organization. (2021). *World Stroke Day*. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>

Wilkinson, J. M., Codipilly, D. C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American Family Physician*, 103(2), 97–106. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=EPTOC152643843&lang=pt-pt&site=ehost-live>

World Stroke Organization. (2017). *World Stroke Org - Risk factors 2017 Brochure*.

World Stroke Organization. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Yang, S., Choo, Y. J., & Chang, M. C. (2021). The preventive effect of dysphagia screening on pneumonia in acute stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Switzerland)*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare9121764>

Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H. V., & Hua, F. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2020, Issue 12). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>

Zhong, L., Wen, X., Liu, Z., Li, F., Ma, X., Liu, H., & Chen, H. (2023). Effects of bilateral cerebellar repetitive transcranial magnetic stimulation in poststroke dysphagia: A randomized sham-controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 52(2), 227–234. <https://doi.org/10.3233/NRE-220268>

**APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – Projeto de estágio

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO**

**PLANO DE ATIVIDADES**

**Miguel Selidónio Cunha**

**Docente: Professora Ana Romão**

**Almada**

**2024**

## Objetivos Gerais

1. Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) nos vários domínios de intervenção, visando promoção e capacitação do autocuidado, independência e conseqüentemente da qualidade de vida.
2. Desenvolver competências do EEER na promoção da deglutição após o acidente vascular cerebral (AVC).

## Objetivos específicos do EEER

- 1- Garantir a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação holísticos e adaptados á pessoa com deglutição comprometida.
- 2- Aperfeiçoar conhecimentos para uma prática de cuidados de excelência, fundamentada nos princípios éticos e legais que respeitem os direitos humanos.
- 3- Promover a independência funcional através da avaliação, reeducação e capacitação da pessoa com deglutição comprometida, incluindo a família/cuidador.
- 4- Contribuir em programas de melhoria da qualidade, integrando a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, evidenciando o impacto através dos ganhos em saúde alcançados.
- 5- Aperfeiçoar competências de gestão de cuidados e recursos, garantindo a qualidade dos cuidados de reabilitação.

**Objetivo específico:** Garantir a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação holísticos e adaptados á pessoa com deglutição comprometida.

**Domínios e competências:**

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

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

**Atividades planeadas:**

- Pesquisar e reunir conhecimento importante na literatura disponível sobre a avaliação da deglutição e patologias associadas.
- Recolher informação relevante para uma correta identificação das necessidades e défices da pessoa no pós-AVC com deglutição comprometida através da consulta do processo clínico da pessoa, exames complementares de diagnóstico e entrevista à pessoa e/ou família.
- Identificar necessidades de intervenção através do exame neurológico, (avaliação do estado mental,

**Indicadores e critérios de avaliação:**

- Aplica os conhecimentos adquiridos para uma correta avaliação da função da deglutição.
- Avalia os fatores de risco associados e o grau de alteração da deglutição.
- Realiza avaliação à pessoa com compromisso da deglutição.
- Identifica o grau e necessidades de intervenção na redução dos riscos, reeducação e capacitação da pessoa e família/cuidador.
- Aplica corretamente os instrumentos e escalas de avaliação da deglutição.

pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha) .

- Identificar fatores que comprometam a deglutição através da avaliação da deglutição com base no exame físico orofacial e avaliação da função da deglutição.
- Avaliar a capacidade funcional no Autocuidado Alimentação com auxílio de instrumentos de avaliação ( Gugging Swallowing Screen –GUSS; índice de Barthel).
- Discutir com o enfermeiro orientador sobre as intervenções mais adequadas para o sucesso do plano de intervenção.
- Capacitar e reduzir riscos associados à disfagia através de planos realistas e focados em objetivos alcançáveis.
- Incluir o cuidador/família como parte integrante do sucesso do plano de intervenção.
- Realizar registos de enfermagem que comprovem as intervenções realizadas pelo EEER

- Discute com o enfermeiro orientador as intervenções adequadas para um plano de cuidados adaptado.
- Incluiu a família/cuidador como parte integrante do plano de cuidados.
- Efetua registos de enfermagem que descrevem o plano de intervenções realizadas.

**Objetivo específico:** Aperfeiçoar conhecimentos para uma prática de excelência fundamentada nos princípios éticos, legais e que respeitem os direitos humanos.

**Domínios e competências:**

A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

**Atividades planeadas:**

- Praticar o exercício profissional respeitando a confidencialidade e sigilo profissional.
- Realizar tomadas de decisão de forma pragmática e objetiva, priorizando a melhor estratégia de cuidado para a pessoa..
- Refletir de forma crítica sobre os cuidados de reabilitação prestados.
- Garantir recursos e condições de segurança e dignidade para uma prática de cuidados de saúde segura.

**Indicadores e critérios de avaliação:**

- Desenvolve uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação em conformidade com os princípios legais, éticos e deontológicos da profissão.
- Emprega o seu exercício profissional centrado os cuidados na pessoa e família/cuidador, garantindo o respeito pelos seus valores, costumes e religião.
- Garante o respeito pela confidencialidade de informação, praticando o sigilo profissional e abstendo-se de juízos de valor.

- Identificar possíveis riscos e elaborar medidas e estratégias preventivas.
  - Proporcionar o direito da autodeterminação, respeitando sempre a vontade e estado clínico da pessoa na prestação de cuidados de reabilitação.
- Reunir periodicamente com o enfermeiro orientador para
- validar e analisar o progresso e práticas desenvolvidas ao longo do estágio.

- Realiza tomadas de decisão de forma pragmática e objetiva, sempre priorizando o bem estar da pessoa.
- Adotou estratégias de prevenção de riscos e gestão de recursos disponíveis, respeitando sempre a dignidade e bem estar da pessoa.

**Objetivo específico:** Promover a independência funcional através da avaliação, reeducação e capacitação da pessoa com deglutição comprometida, incluindo a família/cuidador.

**Domínios e competências:**

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

**Atividades planeadas:**

- Realizar uma avaliação inicial da deglutição através de instrumentos de avaliação (Guss).
- Realizar uma avaliação neurológica inicial contemplando o estado mental e pares cranianos envolvidos na deglutição.
- Reunir com família/cuidador da pessoa para identificar e abordar as dificuldade sentidas no domicílio.
- Realizar avaliação do estado nutricional e higiene oral ao longo do plano de intervenção.

**Indicadores e critérios de avaliação:**

- Aplica as informações recolhidas através de revisões e pesquisas bibliográficas atualizadas para uma avaliação eficaz do compromisso da deglutição da pessoa.
- Avalia corretamente todos os componentes da avaliação neurológica envolvidos na deglutição.
- Utiliza instrumentos e escalas de avaliação validadas na avaliação nutricional e higiene oral da pessoa.
- Define um programa de reabilitação da deglutição adaptado á pessoa incluindo ensinios, técnicas e

- Identificar fatores facilitadores e inibidores da satisfação do Autocuidado da pessoa com deglutição comprometida. Determinar expectativas realistas e definir estratégias com o doente e família/cuidador.
- capacitar o família/cuidador para lidar e cuidar da pessoa para a preparação da alta e regresso ao domicílio.
- integrar o cuidador/família como parceiros fundamentais para o sucesso do plano de intervenção.

- 

- manobras facilitadoras para a satisfação do Autocuidado.
- Discute e argumenta com o enfermeiro orientador o plano de intervenção definido. Promoveu a capacitação funcional e maximização do potencial da pessoa e da sua família/cuidador.

**Objetivo específico:** Contribuir em programas de melhoria da qualidade, integrando a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio, evidenciando o impacto através dos ganhos em saúde alcançados.

**Domínios e competências:**

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

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

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

**Atividades planeadas:**

- Integrar a equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio.
- Participar e discutir estratégias com o enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar para delinear intervenções e estratégias fundamentadas.
- Informar-se sobre as normas e protocolos existentes nos diferentes locais de estágio.
- Determinar os fatores de risco inerentes à prestação de cuidados e intervém de maneira apropriada.

**Indicadores e critérios de avaliação:**

- Discute e participa na organização do plano de intervenção adaptado ao doente.
- Participa nas reuniões da equipa multidisciplinar, contribuindo com conhecimento fundamentado na evidência científica.
- Compreende a complexidade dos cuidados e a necessidade de articulação com os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

- Participar no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos diferentes locais de estágio, consoante as necessidades identificadas.
- Garantir uma abordagem completa e personalizada de cuidados, através dos diversos elementos da equipa multidisciplinar.
- Promover um ambiente e cultura positivos para a continuidade de cuidados, respeitando e considerando o contributo de cada membro da equipa multidisciplinar.

- Intervém nas reuniões da equipa multidisciplinar com informação pertinente e fundamentada contribuindo no processo de cuidados e delineação de diagnósticos de enfermagem.
- Demonstra capacidade de comunicação, gestão de conflitos e delegação de tarefas, garantindo sempre a segurança e bem estar do doente.
- Colabora no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua vantajosos para os diferentes locais de estágio

<p><b>Objetivo específico:</b> Aperfeiçoar competências de gestão de cuidados e recursos, garantindo a qualidade dos cuidados de reabilitação.</p>	
<p><b>Domínios e competências:</b></p> <p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p>	
<p><b>Atividades planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir os recursos disponíveis de forma adequada, executando tarefas de forma fundamentada e sustentável.</li> <li>• Analisar a complexidade da condição de saúde da pessoa e necessidades específicas.</li> <li>• Promover um ambiente favorável e seguro para a prestação de cuidados de qualidade em articulação com a equipa multidisciplinar.</li> <li>• Delegar tarefas a outros profissionais de saúde e/ou família/cuidador do doente, garantindo</li> </ul>	<p><b>Indicadores e critérios de avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gere eficazmente os recursos disponíveis de forma organizada e sustentada.</li> <li>• Compreende a complexidade da situação de saúde da pessoa e as suas necessidades específicas, adaptando o plano de cuidados.</li> <li>• Promove um ambiente favorável para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.</li> <li>• Delega tarefas a outros profissionais de saúde e familiares/cuidadores informais ensinando, instruindo e supervisionando as intervenções.</li> </ul>
<p>sempre a segurança e execução correta das atividades planeadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar e personalizar o programa de reabilitação da pessoa com alteração da deglutição e à sua família/cuidadora, articulando de forma sustentável os recursos e materiais disponíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisiona as tarefas delegadas a outros profissionais integrantes da equipa multidisciplinar, garantido a qualidade e segurança dos mesmos.</li> <li>• Colabora ativamente nas decisões da equipa multidisciplinar.</li> </ul>

**Recursos utilizados:**Humanos:

Enfermeiros Orientadores do estágio; Equipa multidisciplinar; Doente e família/cuidador; Docente orientador.

Materiais:

Bibliografia e literatura científica disponível nas bases de dados; livros; normas interna disponíveis dos diferentes locais de estágio; Documentos orientadores de boas práticas de Enfermagem de Reabilitação, Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e do EEER, Código deontológico dos enfermeiros (OE), equipamentos de apoio dos diferentes locais de estágio.

Físicos:

Serviço de Neurocirurgia e serviço de Ortopedia; UCCI ; UCC.

Temporais:

Cronograma.

## APÊNDICE 2 – Revisão Scoping

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**1º Ano 2º Semestre**

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na deglutição comprometida da pessoa  
pós Acidente Vascular Cerebral: Revisão de Scoping**

Trabalho realizado no âmbito da unidade curricular de respostas ambientais, sociais e familiares à pessoa portadora de deficiência

Discente:

Miguel Selidónio Lopes Cunha - 117640

Docente:

Professor Doutor Júlio Fernandes

Almada

**maio de 2024**



**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**1º Ano 2º Semestre**

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação na deglutição comprometida da pessoa  
pós Acidente Vascular Cerebral: Revisão de Scoping**

*Interventions of a nurse specialist in Rehabilitation in patients with dysphagia  
after stroke: Scoping Review*

Miguel Selidónio Cunha<sup>1</sup>; Júlio Fernandes<sup>2</sup>

1. Hospital Garcia de Orta; 2. Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Almada

**maio de 2024**

## **RESUMO:**

**Introdução:** A Disfagia afirma-se como uma das muitas sequelas após o AVC, sendo uma das mais incapacitantes e comprometedoras da saúde global da pessoa devido às complicações secundárias associadas à sua manifestação. A reabilitação revela-se de caráter crucial e promissor na capacitação, ensino, redução de riscos e tratamento da disfagia em pessoas com AVC, através de um programa de intervenções alicerçadas na evidência científica.

**Objetivo:** Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na disfagia na Pessoa pós-AVC.

**Metodologia:** A presente revisão scoping adota a metodologia sugerida pelo Joanna Briggs Institute. As bases de dados eletrônicas utilizadas foram consultadas através da plataforma Ebsco Host compreendendo a CINAHL complete, MEDLINE complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Clinical Answers, tendo sido consultados em Abril e Maio de 2024 e restritos ao período temporal entre 2014 e 2024 e a artigos redigidos em português e inglês.

**Resultados:** Foram inicialmente assinalados 788 artigos, sendo que após análise e seleção apenas 14 artigos foram apurados. Nesta revisão são contempladas 5 categorias distintas de intervenções, abordando diferentes estratégias e tecnologias (Reeducação da deglutição convencional; Higiene Oral; Treino muscular e de resistência; Estimulação neuromuscular periférica, Estimulação cerebral não-invasiva).

**Conclusão:** Os artigos apurados revelam resultados promissores no favorecimento da deglutição. As intervenções referidas têm um potencial significativo no tratamento e redução dos riscos associados à disfagia, contribuindo para a promoção da qualidade de vida da Pessoa no pós AVC.

**Palavras Chave:** AVC, Deglutição, Disfagia, Enfermagem de Reabilitação, Reabilitação.

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** Dysphagia is one of the main consequences of stroke, and one of the most debilitating and compromising to a person's overall health due to the complications associated with its manifestation. Rehabilitation is crucial and promising in the training, teaching and treatment of dysphagia in people with stroke, through a program of interventions based on scientific evidence.

**Objective:** To map the interventions of Rehabilitation Nursing Specialists in dysphagia in post-stroke patients.

**Methodology:** This scoping review adopts the methodology suggested by the Joanna Briggs Institute. The electronic databases used were consulted through the Ebsco Host platform, comprising CINAHL complete, MEDLINE complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Clinical Answers, and were consulted in April and May 2024 and restricted to the time period between 2014 and 2024 and to articles written in Portuguese and English.

**Results:** A total of 788 articles were initially selected, after analysis and selection only 14 articles were found. This review covers 5 different categories of interventions, addressing different strategies and technologies (conventional swallowing re-education; oral hygiene; muscle and resistance training; peripheral neuromuscular stimulation; non-invasive brain stimulation).

**Conclusion:** The articles show promising results in improving swallowing capacity. The interventions mentioned have significant potential for treating and reducing the risks associated with dysphagia, helping to promote the quality of life of post-stroke patients.

**Key words:** Stroke, Deglutition, Dysphagia, Rehabilitation Nursing, Rehabilitation.

## **Introdução:**

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2021), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) afirma-se como a segunda causa de morte em todo o mundo e a terceira responsável por incapacidades e sequelas. Várias são as complicações que advêm do AVC, sendo que dependem de vários aspetos tais como a localização da lesão e naturalmente a porção que é afetada, que posteriormente irão determinar o grau das complicações apresentadas pela pessoa. Nos últimos 30 anos, a ocorrência de AVC a nível global tem vindo a aumentar significativamente, visto que no período de 1990 a 2019, o número absoluto de AVC aumentou em 70%, enquanto que a taxa de incidência por idade para o AVC diminuiu em 17,0% (Mensah et al., 2023; Tsao et al., 2023). Com efeito, a ocorrência de AVC poderá trazer alterações drásticas, podendo afetar profundamente o estilo de vida da pessoa e a sua capacidade de interação com o seu meio envolvente. A disfagia assume-se assim como uma das complicações mais incapacitantes (Sá et al., 2023b).

Na fase aguda do AVC, a disfagia manifesta-se em 40 a 70% dos casos nos três primeiros dias e o risco de aspiração entre 20 a 45% nos cinco primeiros dias (Mourão et al., 2016). Segundo Smithard et al., (2007) a percentagem de pessoas com alterações da deglutição após um AVC pode ir entre 30% a 50%, revelando também que esta comorbilidade pode estar associada a maior risco de mortalidade e necessidade de cuidados a longo prazo. Mais recentemente Arnold et al em 2016 revelou que num total de 570 doentes que sofreram AVC, cerca de 118 (20,7%) foi diagnosticada disfagia. Para Martino et al., (2005); a disfagia afeta mais do que 50% das pessoas que tiveram AVC e está diretamente relacionado com o aumento do risco destas pessoas virem a desenvolver Pneumonia. Embora a existência de vários estudos, todos tratam realidades diferentes, não havendo consenso sobre a percentagem exata da manifestação de disfagia no pós AVC.

A deglutição apesar de ser um processo natural e automático, é também um processo complexo e está dependente de ações neuromusculares voluntárias e involuntárias coordenadas, sendo que a região anatómica onde esta ocorre é partilhada pelo sistema respiratório Wilkinson et al., (2021). Particularmente no que toca a alterações a nível da deglutição, estas acarretam uma data de consequências secundárias tais como a diminuição do aporte nutricional adequado e o aumento do risco de aspiração e posterior desenvolvimento de pneumonias por aspiração.

A avaliação da deglutição ao doente que sofreu AVC deve ser de caráter prioritário e deve ser realizada durante as primeiras 24 horas da admissão hospitalar, pelo enfermeiro especialista em reabilitação Domingos & Veríssimo, (2014). A avaliação do compromisso da deglutição deve focar-se na causa e gravidade da alteração observada e determinar se a disfagia é orofaríngea ou esofágica para que se consiga delinear o planeamento e posterior avaliação dos resultados da reabilitação.

Os enfermeiros afirmam-se como os principais prestadores de cuidados a doentes com AVC. Com efeito, cabe aos enfermeiros adquirir competências necessárias de avaliação, reconhecimento e gestão da disfagia, garantindo sempre a segurança do doente (Ho et al., 2014). Intervenção do EEER deve focar-se no tratamento, diminuição dos riscos associados e ensinos ao doente e família/cuidador informal, sempre com foco nos melhores resultados na recuperação da independência da pessoa e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Sá et al., 2023b).

## **Métodos:**

A presente revisão scoping adota as metodologia sugerida e criada pelo *Joanna Briggs Institute (JBI) for Evidence Based Practice*. A questão de Investigação foi formulada utilizando o acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto): Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (C) na deglutição comprometida (C) na Pessoa após AVC (P)?

## **Estratégias de pesquisa e identificação de estudos:**

Foi realizada primeiramente uma pesquisa exploratória de forma a identificar os descritores de saúde adequados, sendo que foram posteriormente validados através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/ Medical Subject Headings (MeSH). Após a validação dos descritores procedeu-se à pesquisa nas bases de dados através da plataforma EBSCO HOST, acedida através da área reservada do site da Ordem dos Enfermeiros. A pesquisa decorreu durante o mês de março de 2024, sendo que foi limitada a artigos disponíveis em texto integral escritos em português ou inglês e ao espaço temporal entre 2014 e 2024 (10 anos). A equação booleana utilizada na pesquisa foi a seguinte: (Stroke OR cerebrovascular accident OR cva) AND (dysphagia OR swallowing disorders OR deglutition disorders) AND (rehabilitation OR therapy OR treatment OR intervention).

As bases de dados consultadas compreendem a CINAHL complete, MEDLINE complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina, Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Clinical Answers. Com o intuito de facilitar a seleção dos artigos relevantes para a pergunta de investigação formulada, foram delineados critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1).

### **Critérios de Inclusão:**

- Artigos sobre intervenções na disfagia em pessoas pós AVC;
- Ensaio clínicos randomizados;
- Artigos Disponíveis em texto Integral

- Publicações entre 2014 e 2024;
- Artigos redigidos em Português e Inglês.

#### **Critérios de Exclusão:**

- Artigos sobre disfagia em condições que não o AVC;
- Artigos redigidos em outros idiomas que não o Português e Inglês;
- Artigos sem texto integral disponível;
- Artigos com data inferior a 2014;
- Outros estudos sem serem ensaios randomizados e sem relação com o objeto de estudo.

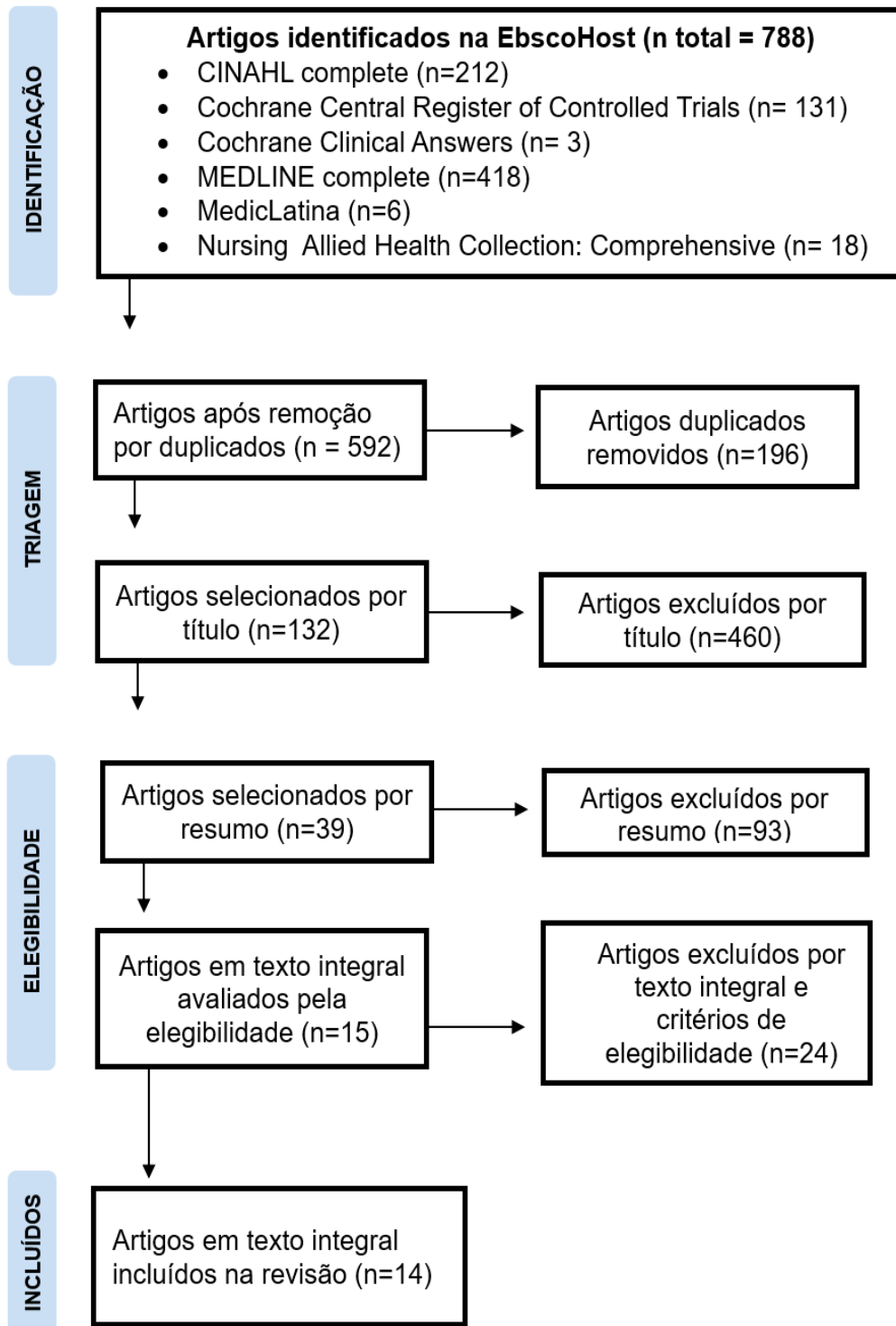
**Tabela 1.** Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos selecionados

### **Extração de dados:**

A extração dos dados fundamenta-se na *Template Study Details Characteristics and Results Extration Instrument* da JBI, tendo sido modificada e adaptada à natureza e particularidade da questão de investigação, com o objetivo de facilitar o registo e organização dos dados recolhidos (Peters et al., 2015). Foi então elaborada uma tabela onde constam o Autor do artigo, o título, o ano de publicação, tipo de estudo, objetivos de estudo e quais as intervenções mencionadas.

### **Síntese de dados**

O processo de seleção e filtragem dos artigos é apresentado através de um fluxograma PRISMA (Figura 1), tendo por base os critérios de identificação, seleção/triagem, elegibilidade e incluídos. Foram identificados inicialmente 788 artigos nas bases de dados científicas, dos quais 196 foram removidos por se encontrarem duplicados. Dos 592 artigos propostos para análise, 460 foram excluídos pelo título. Dos restantes 132 artigos, 93 foram excluídos após leitura do Abstract. Dos 39 artigos selecionados por resumo, 24 foram excluídos após leitura integral, tendo sido apurados 15 artigos elegíveis mas só 14 foram incluídos na revisão.



**Figura nº1.** Fluxograma PRISMA FLOW

## Resultados

No total foram selecionados 14 artigos, todos publicados nos últimos 10 anos (2014-2024). Destes estudos, 1 foi realizado na Alemanha (Suntrup-Kruger et al., 2017); 2 foram realizados na China (CHENG et al., 2017; Zhong et al., 2023); 3 foram realizados na Coreia do Sul (Hyun et al., 2017; Park et al., 2018; Park et al., 2019); 1 realizado na Espanha (Guillen-Sola et al., 2021); 1 realizado nos Estados Unidos da América (EUA) (Steele et al., 2016); 1 realizado no Irão (Farpour et al., 2023); 1 foi realizado na Itália (Simonelli et al., 2019); 1 realizado na Suécia (Hägglund et al., 2020); 1 realizado em Taiwan (Chen et al., 2019); e 2 realizados na Turquia (Tarihci Cakmak et al., 2023; Umay et al., 2017). Após análise dos Artigos apurados nesta revisão abrangem principalmente em ensaios randomizados controlado e apenas 1 consiste num protocolo para um ensaio randomizado (Tabela 2). As diferentes intervenções identificadas foram agrupadas em 5 categorias com base no tipo de intervenção e recursos utilizados.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Intervenções do EEER</b>
(Steele et al., 2016)	A Randomized Trial Comparing Two Tongue-Pressure Resistance Training Protocols for Post-Stroke Dysphagia.	Estudo randomizado controlado	Perceber o potencial de 2 protocolos de treino de resistência da língua em pessoas com disfagia pós AVC.	Treino muscular e de resistência da língua.
(Umay et al., 2017)	The effect of sensory level electrical stimulation of the masseter muscle in early stroke patients with dysphagia: A randomized controlled study.	Estudo randomizado controlado	Perceber o efeito da estimulação elétrica diretamente nos músculos responsáveis pela mastigação.	Estimulação neuromuscular periférica (ENMP) no músculo masséter; Reeducação convencional da deglutição.
(Hyun et al., 2017)	Effect of bihemispheric anodal transcranial direct current stimulation for dysphagia in chronic stroke patients: A	Estudo randomizado controlado	Investigar o potencial da Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) em doentes com disfagia pós AVC	Estimulação cerebral não-invasiva (ECNI): EMT; Reeducação convencional da deglutição.

	randomized clinical trial		estimulando a região cortical motora responsável pela faringe.	
(CHENG et al., 2017)	Neuronavigated high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation for chronic post-stroke dysphagia: a randomized controlled study	Estudo randomizado controlado	Investigar os benefícios a curto e longo prazo da EMT no córtex motor do hemisfério onde ocorreu o AVC.	ECNI: EMT.
(Suntrup-Kruger et al., 2017)	Randomized trial of transcranial DC stimulation for post-stroke dysphagia.	Estudo randomizado controlado	Identificar o benefício da Estimulação Transcraniana de corrente contínua (ETCC) no tratamento da disfagia em doentes com AVC.	ETCC no córtex motor faríngeo; Reeducação convencional da deglutição
(Park et al., 2018)	Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study.	Estudo randomizado controlado	Estudar os benefícios de exercícios de flexão do queixo contra uma resistência de modo a promover a força e resistência dos músculos suprahioides, necessários na deglutição.	Treino muscular e de resistência.
(Park et al., 2019)	Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind,	Estudo randomizado controlado	Investigar o potencial do treino de deglutição forçada no tratamento da disfagia em doentes com AVC.	Reeducação convencional da deglutição

	randomized controlled trial.			
(Chen et al., 2019)	Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomized Controlled Trial	Estudo randomizado controlado	Perceber os benefícios de um programa de higiene oral aprimorado em doentes com AVC têm disfagia e eu tenham Sonda nasogástrica (SNG).	Higiene oral
(Simonelli et al., 2019)	A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial	Estudo randomizado controlado	Investigar as vantagens da Estimulação neuromuscular periférica (ENMP) laringofaríngea.	ENMP, Reeducação convencional da deglutição.
(Hägglund et al., 2020)	Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators	Estudo randomizado controlado	Perceber os benefícios do uso dispositivo Muppy® na estimulação e fortalecimento dos músculos da face, boca e músculos faríngeos.	Treino muscular e de resistência.
(Guillen-Sola et al., 2021)	The returnus-2 study: impact of respiratory muscle training in subacute stroke patients with dysphagia, study protocol of a double blind randomized controlled trial	Protocolo de um estudo randomizado controlado	Investigar o contributo da reabilitação funcional respiratória (RFR) na redução do risco de aspiração.	Treino de força e resistência; Reeducação funcional da deglutição.

(Farpour et al., 2023)	Improving Swallowing Function and Ability in Post Stroke Dysphagia: A Randomized Clinical Trial	Estudo randomizado controlado	Perceber os benefícios da ETCC no giro supramarginal em doentes com AVC que manifestem disfagia	ECNI: ETCC; Reeducação convencional da deglutição.
(Cakmak et al., 2023)	The Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation on Swallowing Functions in Post-stroke Dysphagia: A Randomized Controlled Trial	Estudo randomizado controlado	Estudar o potencial da ENMP no tratamento da disfagia em pessoas com AVC.	ENMP; Reeducação convencional da deglutição.
(Zhong et al., 2023)	Effects of bilateral cerebellar repetitive transcranial magnetic stimulation in poststroke dysphagia: A randomized sham-controlled trial	Estudo randomizado controlado	Perceber os efeitos da EMT no cerebelo dos doentes com AVC que manifestem disfagia.	ECNI: EMT; Reeducação convencional da deglutição.

**Tabela 2.** Extração de dados

## 1. Reeducação Convencional da deglutição

Apesar do treino de deglutição forçada ser já um método bastante utilizado, este estudo pretendeu perceber a sua verdadeira eficácia, pois refere que a evidência clínica existente é ainda insuficiente. Participaram no 20 sobreviventes de AVC que manifestaram alterações da deglutição e foram divididas em 2 grupos. O grupo de intervenção foi alvo de exercícios de deglutição forçada. Os sobreviventes foram instruídos a empurrar a língua firmemente para o palato, enquanto apertavam os músculos do pescoço, e a engolir com a maior força possível. Foi pedido aos participantes para realizarem 10 repetições por sessão, 3 sessões por dia, 5 dias por semana ao longo de 4 semanas seguidas.

O grupo de controlo foi instruído a deglutir naturalmente sem força intencional dos músculos da língua e do pescoço, de acordo com o mesmo programa do grupo experimental. Os participantes foram supervisionados e encorajados durante os exercícios

por um terapeuta ocupacional e ambos os grupos receberam a mesma terapia convencional para a disfagia (técnicas compensatórias como a flexão do queixo e a inclinação e rotação da cabeça; técnicas terapêuticas como exercícios musculares orofaciais, estimulação tácteis e térmica). Os resultados do estudo concluíram que no grupo de intervenção observou-se melhorias significativas to que toca á força da língua bem como em toda a fase oral da deglutição, em comparação ao grupo de controlo (Park et al., 2019).

## **2.Estimulação Cerebral Não-Invasiva (ECNI)**

### **2.1.ECNI: Estimulação Cerebral de Corrente Contínua**

Um estudo randomizado de Hyun et al., (2017) pretendeu estudar o efeito da ETCC em ambos os hemisférios cerebrais dos participantes utilizando o dispositivo *Neuroconn GmbH* desenvolvido na Alemanha. Durante o ensaio, no grupo de intervenção foram realizadas um total de 10 sessões de 20 minutos com 1mA (miliamperes) de intensidade com um total de 5 sessões por semana durante 2 semanas. No grupo de controlo foi realizado o mesmo protocolo de sessões no entanto a estimulação eléctrica de 1mA foi apenas aplicada durante 30 segundos, produzindo apenas ligeira sensação de formigueiro e sem outras alterações ou variações na excitabilidade cortical. Associado á ETCC, ambos os grupos foram alvo da reeducação convencional da deglutição. Os resultados referem que ambos os grupos apresentaram melhorias, sendo que o grupo de intervenção conseguiram melhor score nas escalas de avaliação utilizadas.

Ainda em 2017, outro estudo realizado por Suntrup-Kruger et al., (2017), pretendeu investigar os efeitos da ETCC em 59 participantes que sofreram AVC. No grupo de intervenção foi administrada ETCC com intensidade de 1mA durante 20 minutos 1 vez por dia ao longo de 4 dias consecutivos. No grupo de controlo foi apenas administrada ETCC durante 30 segundos, e deixados os eléctrodos colocados nos participantes sem qualquer estimulação os restantes 20 minutos. Ambos os grupos foram também alvo de reeducação convencional no tratamento da deglutição durante o período de estimulação. A avaliação da eficácia do estudo foi realizada com auxilio de endoscópio e utilizada a escala *Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Scale (FEDSS)*. O estudo revelou que os participantes do grupo de intervenção demonstraram melhorias significativas em comparação com o grupo de controlo.

Mais recentemente, Farpour et al., (2023) quis perceber a eficácia da estimulação eléctrica cerebral no giro supramarginal. No grupo de intervenção testou-se a estimulação eléctrica no giro supramarginal através do dispositivo *Neurostim 2* sendo aplicada intensidade de 2 mA durante 20 minutos ao longo de 5 dias, todos os dias. No grupo de controlo foi administrada a mesma intensidade durante 30 segundos mas apenas no inicio e no fim do ensaio. Durante o ensaio, todos os participantes receberam terapias convencionais de reabilitação da deglutição. A avaliação da deglutição foi realizada com

uso da escala Functional Oral Intake Scale (FOIS) e Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA) por um profissional de saúde. No final do estudo os participantes do grupo de intervenção conseguiram score mais favorável do que os participantes do grupo de controlo concluindo que a ETCC pode ser uma boa estratégia no tratamento da disfagia.

## **2.2.ECNI: Estimulação Magnética Transcraniana**

Cheng et al., (2017), pretendeu perceber os benefícios da EMT no tratamento da disfagia em pessoas com AVC. No ensaio randomizado conduzido participaram 15 pessoas tendo sido investigados os efeitos a curto (2 meses) e longo prazo (6 a 12 meses) da estimulação magnética a 5 Hz, através do dispositivo *Magstim Rapid*. O local da estimulação foi determinado alicerçado em 2 fatores importantes: a língua atua como o protagonista na transportação do óbolo alimentar durante fase oral da deglutição; estudos anteriores apontam que estimulação no hemisfério onde ocorreu o AVC com frequência > 1Hz poderiam levar a excitação cortical, aumentando e melhorando o processo de deglutição. Assim, os autores ponderaram a hipótese de que através da estimulação a área da língua no córtex motor do hemisfério afetado, as funções da língua poderiam ser melhoradas e consequentemente melhorar o processo de deglutição. No grupo de intervenção recebeu 30 series de 100 impulsos a 5Hz com intervalos de 15 segundos entre series, todos os dias durante 10 dias, num período de 2 semanas. O grupo de controlo conectado a um aparelho falso e apenas simulada a estimulação magnética, seguindo o mesmo protocolo de series do grupo de intervenção. Os resultados do estudo revelaram que a estimulação a 5Hz não se demonstra eficaz no tratamento da disfagia pós AVC.

O ensaio conduzido por Zhong et al., (2023) pretendeu perceber o potencial da EMT no tratamento da disfagia em doentes pós AVC. Foram incluídos no ensaio 84 participantes, divididos em dois grupos em que o grupo de intervenção recebeu EMT bilateralmente no cerebelo com intensidade de 10Hz realizados 250 pulsos ao longo de 4 minutos e 35 segundos seguindo de 10 segundos de intervalo tendo sido executado 5 dias por semana ao longo de 2 semanas com objetivo de estimular área motora da faringe,. No grupo de controlo foi aplicada EMT falsa, durante o mesmo período. Após o período de estimulação, ambos os grupos receberam terapia de deglutição convencional incluindo treino de reabilitação durante 30 minutos por dia (treino muscular da orofaringe, posicionamentos adequados) ao longo de 5 dias por semana com um total de 10 dias. A avaliação do estudo foi realizada com auxílio de endoscópio e utilizada a escala FEDSS, tendo como resultado que a EMT pode ser considerada uma terapia complementar no tratamento da disfagia.

## **3.Estimulação neuromuscular periférica**

Umay et al., (2017) pretendeu estudar o efeito da ENMP diretamente no músculo masséter, um dos principais músculos responsáveis pela mastigação. O estudo contou com 98 participantes, tendo sido separados aleatoriamente em grupo experimental e grupo de

controlo. Ambos os grupos receberam terapia convencional para a deglutição durante 60 minutos por dia, 5 dias por semana durante 4 semanas. Além do tratamento convencional, o grupo de estimulação recebeu ainda ENMP nos músculos masséter através do dispositivo *Intellect Advanced- Chattonooga device* (desenvolvido no Reino Unido) durante 60 minutos, 5 dias por semana, durante 4 semanas consecutivas, com um total de 20 sessões.

No grupo de controlo, os participantes foram conectados ao dispositivo, no entanto sem receber qualquer estimulação elétrica. A avaliação e apuramento dos resultados foi realizado com auxílio de escalas de avaliação como a *Bedside Dysphagia Score* (BDS) e *Neurological Examination Dysphagia Score* (NEDS), com recurso a videoendoscopia. Os autores concluíram que a estimulação elétrica no masséter revela-se eficiente no tratamento da disfagia nos doentes pós AVC, podendo também contribuir positivamente na melhoria da função cognitiva.

Já em Itália, em 2019, foi conduzido um estudo com fim a perceber as vantagens da ENMP através de um ensaio randomizado com 33 participantes com AVC e que manifestaram disfagia. Aos participantes do grupo experimental foi administrada estimulação neuromuscular através do dispositivo *VitalSim®*, já no grupo de controlo, os participantes foram conectados ao mesmo dispositivo mas sem receberem qualquer estimulação. Ambos os grupos foram também alvo de reeducação convencional da deglutição. Relativamente aos meios de avaliação, foi principalmente utilizada a escala FOIS bem como meios instrumentais como a videoendoscopia. Este estudo revelou melhorias significativas no grupo onde a estimulação foi realizada, tendo sido também apurado a diminuição do tempo de entubação nasogástrica após a combinação entre a ENMP e TCD (Simonelli et al., 2019).

Um estudo realizado na Turquia pretendeu perceber o potencial da estimulação neuromuscular elétrica no tratamento da disfagia após AVC. Ambos os grupos foram alvo de reeducação convencional da deglutição compreendendo. No grupo de intervenção, a estimulação neuromuscular foi aplicada utilizando o dispositivo *VitalSim®* (EUA) sendo realizadas 15 sessões de 45 minutos, 5 dias por semana durante 3 semanas e os eletrodos foram colocados sobre os músculos suprahióide e infrahióide. Para a avaliação foram utilizadas as escalas de FOIS, EAT-10, SWAL-QQL e VRQQL, sendo também utilizada fibroendoscopia para avaliação mais profunda. Os resultados demonstram que a estimulação neuromuscular pode ser utilizada com um tratamento complementar. Nas avaliações posteriores ao estudo, os autores entenderam que apenas com a utilização adequada e completa da terapia convencional para a deglutição reflete resultados significativos sem serem utilizados recursos adicionais. Os autores sugerem mais investigação da estimulação neuromuscular para averiguar se a sua utilização é significativa no tratamento da deglutição (Cakmak et al., 2023).

## 4. Treino muscular e de resistência

Um ensaio conduzido na Coreia do Sul pretendeu perceber o contributo de exercícios flexão do queixo contra uma resistência (EFQCR) para promover a força e resistência dos músculos suprahioides, músculos necessários no processo de deglutição. O estudo foi conduzido com 25 participantes divididos em grupo de intervenção e de controlo. Os EFQCR foram realizados com auxílio do dispositivo (*ISO-CTAR Device*) e compreenderam exercícios isométricos em que os participantes foram solicitados a inclinar o queixo contra o dispositivo 3 vezes durante 60 segundos; e exercícios isotónicos em que os participantes teriam que realizar 30 repetições consecutivas pressionando contra a resistência do dispositivo com o queixo. Ambos os grupos receberam reeducação convencional da deglutição. O estudo demonstrou que uso de EFQCR pode surgir como intervenção complementar no tratamento da disfagia (Park et al., 2018)

Por outro lado, na Suécia um estudo tentou perceber qual o benefício da utilização do dispositivo oral Muppy® no tratamento e recuperação dos doentes com AVC que apresentassem disfagia. A utilização do dispositivo *Muppy®* prendesse com a estimulação sensorial e fortalecimento muscular da face, boca e músculos faríngeos. Durante o estudo, os participantes do grupo de intervenção colocaram o *Muppy®* entre os dentes e os lábios, com estes cerrados. Foi pedido posteriormente para segurar o dispositivo com a boca e tentar resistir a uma força de puxão horizontal gradualmente crescente durante 5-10s, tendo sido realizado 3 vezes por sessão, com um total de 3 sessões diariamente antes das refeições principais. Ambos os grupos foram alvo de estimulação sensorial e vibratória com recurso a uma escova de dentes elétrica com o objetivo de estimular o musculo bucinador. A avaliação ficou a cargo de um profissional de enfermagem tendo sido utilizado o Timed Water-Swallow Test (TWST). OS resultados concluídos pelo estudo revelaram que o treino muscular com uso do dispositivo *Muppy®* não demonstraram benefícios significativos logo após as 5 semanas do decorrer do estudo, no entanto manifestaram-se melhorias a longo termo (Hägglund et al., 2020).

Guillen-Sola et al., (2021) desenvolveu um protocolo de um ensaio randomizado com o objetivo de perceber se a Reabilitação funcional respiratória (RFR) pode melhorar a eficácia da deglutição e reduzir o risco de aspiração em doentes no pós AVC. O grupo de Intervenção seria submetido a RFR com auxílio de uma Válvula Inspiratória *Orygen* (Forumed S.L, Barcelona, Catalonia, Spain), que possibilita treinar simultaneamente a inspiração e expiração. Seria pedido posteriormente aos participantes do grupo de intervenção que realizassem 5 séries de 10 repetições (inspiração e expiração) 3 vezes por dia, ao longo de 7 dias por semana durante 8 semanas. Ao grupo de controlo iria ser facultado uma Válvula *Orygen* falsa, seguindo o mesmo protocolo. Ambos os grupos receberiam reeducação convencional para a deglutição.

## 5.Higiene Oral

Em Taiwan, um estudo de Chen et al., (2019) pretendeu avaliar o contributo de um plano de higiene oral antes da terapia convencional para a deglutição. 66 pessoas com AVC e que tinham SNG participaram no estudo. Os doentes do grupo de controlo receberam os cuidados orais habituais prestados na unidade (por exemplo, escovagem de dentes escovagem de dentes ou limpeza com esponja) duas vezes por dia (de manhã e à noite) e receberam um manual de instruções manual de instruções para promover a alimentação (incluindo informações como a escolha de alimentos e dicas de alimentação segura). No grupo de intervenção, para além dos mesmos cuidados e manual do grupo de controlo, foi realizados cuidados de higiene oral 30 minutos antes do treino de deglutição, 3 vezes por semana, durante 3 semanas. Os autores instruíram os cuidadores dos participantes do grupo de intervenção sobre os procedimentos e materiais necessários para a higiene oral (escova de dentes elétrica, fio dentário, escova interdentária e equipamento de sucção). Relativamente á avaliação, foram utilizadas escalas como o FOIS, Oral Health assesment Toll (OHAT), Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF), sendo que as escalas foram aplicadas pelos enfermeiros do serviço onde os doentes se encontravam internados. Os resultados demonstraram que no grupo de interação, 21, 2% dos participantes do grupo de intervenção tiveram a sua SNG retirada e apenas 6,1% dos participantes retiraram no grupo de controlo. Assim, o estudo demonstra resultados promissores no tratamento da disfagia, os enfermeiros podem plicar este programa de saúde oral como uma rotina de enfermaria durante a reabilitação de pacientes com um AVC com disfagia que precisam de ser submetidos a um treino de deglutição, para promover a saúde oral e a ingestão oral funcional.

### **Discussão:**

A reeducação convencional da deglutição é mencionada na maior parte dos estudos analisados, sendo realizada tanto do grupos experimentais como nos grupos de controlo. Centra-se em técnicas e estratégias que podem ser realizadas á cabeceira, sem uso de instrumentos ou dispositivos e sem custos adicionais.

O EEER na planificação da sua abordagem ao doente com AVC que manifeste disfagia deve contemplar a reeducação convencional da deglutição como o núcleo da sua intervenção, visando sempre uma avaliação rigorosa da disfagia, redução do risco de aspiração, desnutrição, desidratação e do tempo de internamento. O programa delineado deve ser adaptado ao doente e devem ser considerados exercícios de força e amplitude (exercícios oro faciais incluindo lábios, língua, bochechas, mandíbula e laringe) e intervenções compensatórias/facilitadoras da deglutição (mudanças posturais do pescoço e cabeça durante a deglutição; estimulação sensorial e térmica; alterações da consistência da alimentação). Relativamente ás manobras de deglutição, entende-se que estas têm

como objetivo facilitar a deglutição e ao mesmo tempo contribuem para o fortalecimento dos músculos e estruturas que participam na deglutição, como demonstrado pelo estudo que investiga o uso da deglutição forçada, sendo que os resultados demonstraram benefícios significativos no tratamento da disfagia, melhorando a fase oral da deglutição e aumentando a força da língua (Park et al., 2019; Sá et al., 2023).

É importante destacar que a reeducação convencional da deglutição apesar de se demonstrar eficaz, o EEER deve ser complementar outras estratégias e tecnologias, tornando assim o plano de intervenção mais abrangente (Park et al., 2019).

A Estimulação cerebral não invasiva abriga dois tipos de estimulação diferentes: elétrica e magnética. Recentemente, a utilização da ECNI tem mostrado alguns benefícios no tratamento da fraqueza motora de membros paréticos e da afasia, pelo que os estudos analisados tentaram investigar quais as vantagens da sua utilização no tratamento da disfagia (Hyun et al., 2017). A sua utilização trás algumas vantagens visto que muitos dos doentes com AVC não têm capacidade cognitiva suficiente para seguir instruções, como no caso da reeducação convencional da deglutição, ou seja, o doente não necessita de estar ativamente envolvido no tratamento (Cheng et al., 2017). No entanto nem todos os estudos demonstraram resultados promissores, pelo que ainda é necessário investigar mais profundamente esta área.

A ENMP tem também emergido como uma estratégia complementar no tratamento da disfagia, em função dos artigos analisados, tendo demonstrado resultados favoráveis. Tal como na ECNI, o doente submetido ao tratamento não necessita de seguir instruções, sendo que o papel do EEER passa essencialmente pela monitorização, avaliação da segurança e conforto do doente, sendo também responsável pela recolha de informação pertinente e utilização das escalas adequadas para identificar a eficácia do tratamento, garantindo o aporte nutricional e hídrico adequado. Os resultados dos estudos analisados demonstram que a ENMP pode ser benéfica na ativação e excitabilidade dos músculos responsáveis pela deglutição bem como na diminuição do tempo de necessidade de SNG (Simonelli et al., 2019; Cakmak et al., 2023).

Relativamente ao treino de força e resistência muscular, assentam intervenções de reabilitação funcional respiratória (RFR), e treino de resistência e força dos músculos que operam na deglutição através de dispositivos. A aplicação da RFR não está particularmente focada no tratamento da disfagia, mas sim na redução das complicações secundárias da disfagia, nomeadamente o risco de aspiração e conseqüentemente desenvolvimento de pneumonia. Segundo Guillen-Sola et al., (2021), pode ocorrer enfraquecimento dos músculos respiratórios no AVC, implicando uma tosse menos eficaz e possível estase de secreções nas vias respiratórias. A intervenção do EEER passa por incorporar a RFR na abordagem á pessoa com AVC que manifeste disfagia através de treino de tosse eficaz,

treino dos músculos respiratórios, técnicas de melhoria de ventilação e permeabilidade das vias aéreas (OE, 2018; Sá et al., 2023).

A utilização de dispositivos como o Muppy® e o *ISO-CTAR Device* também demonstraram que podem ser considerados dentro do plano de Intervenção do EEER, complementando-o. Importa salientar a necessidade do EEER não no ensino da utilização do dispositivo e garantir as condições de segurança durante o treino, de modo a maximizar os resultados (Hägglund et al., 2020; Park et al., 2018).

Igualmente importante, a higiene oral detém um papel crucial na saúde da boca e conforto do doente. Com o aumento da debilidade e enfraquecimento das estruturas da boca e garganta devido ao AVC, podem se acumular resíduos e secreções na cavidade oral, aumentando a probabilidade de aumentar o risco de aspiração e transitarem para as vias respiratórias. O estudo analisado demonstrou que uma limpeza pormenorizada da cavidade oral integrada no programa de intervenção dos EEER pode diminuir não só o risco de aspiração mas também o período de SNG no doente (Chen et al., 2019; Zhao et al., 2020).

Relativamente a limitações no decorrer da realização desta revisão Scoping, destacam-se utilização de apenas um plataforma agregadora de bases de dados (EBSCO HOST); a triagem de apenas estudos clínicos randomizados; a determinação de 10 anos como limite de tempo; exclusão de artigos públicos em idiomas sem ser Português e Inglês, possivelmente negligenciando artigos uteis e vantajosos para esta revisão.

## **Conclusão:**

Com a análise dos 14 artigos elegidos nesta scoping, identificaram-se 5 categorias de intervenção na disfagia presente em doentes com AVC: Reeducação da deglutição convencional; Higiene Oral; Treino muscular e de resistência; Estimulação neuromuscular periférica, Estimulação cerebral não-invasiva.

A prevalência do AVC prende-se com diversos fatores de risco modificáveis e não modificáveis, podendo apresentar um leque diverso de manifestações clínicas, nomeadamente a nível do comprometimento da deglutição. Vários estudos retratam realidades diferentes, não havendo consenso numa percentagem exata na manifestação da disfagia no pós AVC. No entanto têm surgido novas estratégias e abordagens inovadoras no tratamento e redução de riscos da disfagia.

O papel do EEER revela-se de enorme importância na prevenção das complicações, bem como na reeducação e capacitação da pessoa, detendo um papel fundamental dentro da equipa multidisciplinar. Um programa de reabilitação adaptado integrando intervenções adequadas e precoces em doentes com comprometimento da deglutição permitirá potenciar e maximizar a satisfação da pessoa, devolvendo-lhe autonomia e independência.

A maioria dos estudos analisados revelaram resultados promissores, em que a Reeducação convencional da deglutição representa o core da intervenção do EEER, podendo este associar outras estratégias e tecnologias dentro do seu plano de cuidados, para maximizar os resultados.

## Referências Bibliográficas:

- Ahn, S.-N. (2018). *Differences in body awareness and its effects on balance function and independence in activities of daily living for stroke*.
- Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M.-L., El-Koussy, M., Kägi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PloS One*, *11*(2), e0148424. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>
- ASA. (2020). *Explaining Stroke*. [https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining\\_Stroke\\_Brochure\\_2020.pdf](https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining_Stroke_Brochure_2020.pdf)
- ASA. (2024). *American Stroke Association*. <https://www.stroke.org/en/>
- Aze, O. D., Ojardias, E., Akplogan, B., Giroux, P., & Calmels, P. (2023). Structural and pathophysiological muscle changes up to one year after post-stroke hemiplegia: a systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *59*(4), 474–487. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.07844-9>
- Barata, L. F. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida - Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida profissional: A importância da formação contínua*. Lusodidata.
- Berg, K., & Maki, B. E. (1991). *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument*. <https://www.researchgate.net/publication/21687774>
- Blackburn, E., Durocher, E., Feldman, D. E., Hudon, A., Laliberté, M., Mazer, B., & Hunt, M. (2018). Supporting, promoting, respecting and advocating: A scoping study of rehabilitation professionals' responses to patient autonomy. *Canadian Journal of Bioethics*, *1*(3), 22–34. <https://doi.org/10.7202/1058249ar>
- Blackburn, M., & Van Vliet, P. (2002). *Reliability of Measurements Obtained With the Modified Ashworth Scale in the Lower Extremities of People With Stroke*. <https://academic.oup.com/ptj/article/82/1/25/2836978>
- Braga, R. (2016). Reeducação da deglutição. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263–270). Lusodidacta.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação na pessoa com AVC*. Formasau.
- Cerqueira, A. V. B., & Grilo, E. N. (2019). PREVENÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *2*(1), 78–89. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574>
- Chen, H.-J., Chen, J.-L., Chen, C.-Y., Lee, M., Chang, W.-H., & Huang, T.-T. (2019). Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph16122228>
- CHENG, I. K. Y., CHAN, K. M. K., WONG, C., LI, L. S. W., CHIU, K. M. Y., CHEUNG, R. T. F., & YIU, E. M. L. (2017). NEURONAVIGATED HIGH-FREQUENCY REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION FOR CHRONIC POST-STROKE DYSPHAGIA: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, *49*(6), 475–481. <https://doi.org/10.2340/16501977-2235>

- Decreto-Lei Nº104/98 de 21 de Abril (1998).  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- DGES. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*.  
[https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_qnq\\_qeq.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf)
- Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE Ordem dos Enfermeiros-Secção Regional Sul Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem "Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida."*  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)
- Farpour, S., Asadi-Shekaari, M., Borhani Haghighi, A., & Farpour, H. R. (2023). Improving Swallowing Function and Ability in Post Stroke Dysphagia: A Randomized Clinical Trial. *Dysphagia*, 38(1), 330–339. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10470-0>
- Fernandes, J., & Sá, M. do C. (2021). *Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (2º edição). Papa Letras.
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*.
- Figueira, S., Ribeiro, M., Lopes, P., Nunes, S., Mendes, T., Luís, N., Quintela, C., Mendes, J., Pires, P., Rodrigues, B., Oliveira, D., Semedo, A., Fonseca, A., Nobre, P., Salselas, S., Oliveira, A., Morais, D., Freitas, F., Martins, S., ... Pinto, T. (2025). *Guia de Enfermagem do AVC 1ª Edição Autores Guia elaborado pelo grupo de enfermagem em AVC-Portugal Angels Nurse Task Force. Fase Pré-hospitalar*.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 12–18). Lidel.
- Genentech. (2021). *Dad could lose everything to stroke REACT TO STROKE? REACT TO STROKE? BUT YOU HAVE NOTHING TO LOSE CALLING 911*.  
[https://www.strokeawareness.com/content/dam/gene/strokeawareness/patient/pdfs/Patient\\_Brochure.pdf](https://www.strokeawareness.com/content/dam/gene/strokeawareness/patient/pdfs/Patient_Brochure.pdf)
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da função respiratória. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253–262). Lusodidacta.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., & Xielesny, M. (1986). *Advances in functional assesment for medical rehabilitation*.
- Gu, M., & Huang, H. (2023). Effect of early rehabilitation nursing on neurological function and quality of life of patients with hemiplegia after stroke: A meta-analysis. In *Medicine (United States)* (Vol. 102, Issue 34, p. E34919). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034919>
- Guillen-Sola, A., Messaggi-Sartor, M., Ramírez-Fuentes, C., Marco, E., & Duarte, E. (2021). The Retornus-2 study: impact of respiratory muscle training in subacute stroke patients with dysphagia, study protocol of a double-blind randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05353-y>
- Hägglund, P., Hägg, M., Levring Jäghagen, E., Larsson, B., & Wester, P. (2020). Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC Neurology*, 20(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01980-1>

- Ho, Y.-H., Liu, H.-Y., & Huang, S.-T. (2014). The Prevalence and Signs of Dysphagia Among Stroke Patients in Rehabilitation Units. *Journal of Nursing*, *61*(2), 54–62. <https://doi.org/10.6224/JN.61.2.54>
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). *Gait Assessment for Neurologically Impaired Patients Standards for Outcome Assessment*. <http://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Huang, L., Wang, Y., Sun, J., Zhu, L., Liu, J., Wu, Y., Shan, C., Yan, J., & Wan, P. (2023). Incidence and Risk Factors for Dysphagia Following Cerebellar Stroke: a Retrospective Cohort Study. *Cerebellum*, *23*(4), 1293–1303. <https://doi.org/10.1007/s12311-023-01564-y>
- INE. (2023). *Causas de Morte por doenças do aparelho circulatório*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquedes\\_t\\_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquedes_t_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2)
- INEM. (2025, March 31). *Dia Nacional do Doente com AVC – INEM encaminhou 22 por dia através da Via Verde do AVC - INEM*. [https://www.inem.pt/2025/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-22-por-dia-atraves-da-via-verde-do-avc/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.inem.pt/2025/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-22-por-dia-atraves-da-via-verde-do-avc/?utm_source=chatgpt.com)
- Jandaghian-Bidgoli, M., Jamalnia, S., Pashmforosh, M., Shaterian, N., Darabiyan, P., & Rafi, A. (2025). Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review. *BMC Nursing*, *24*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02855-x>
- Le, H., Lui, F., & Lui, M. Y. (2024). Aphasia. *The Handbook of Language and Speech Disorders - NIH*, 286–309. <https://doi.org/10.1002/9781119606987.ch14>
- Liu, L., Daum, C., Miguel Cruz, A., Neubauer, N., Perez, H., & Ríos Rincón, A. (2022). Ageing, technology, and health: Advancing the concepts of autonomy and independence. *Healthcare Management Forum*, *35*(5), 296–300. <https://doi.org/10.1177/08404704221110734>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 56–61.
- Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., & Lindberg, G. (2014). *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines Disfagia Diretrizes e cascatas mundiais*.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, *36*(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- Maruca, A. (2023). Empowering Health Journey: Dorothea Orem’s Self-care Deficit Theory in Patient Empowerment. *Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences Empowering Health Journey*. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.88>
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Her Majesty’s Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- Mensah, G. A., Fuster, V., Murray, C. J. L., Roth, G. A., Abate, Y. H., Abbasian, M., Abd-Allah, F., Abdollahi, A., Abdollahi, M., Abdulah, D. M., Abdullahi, A., Abebe, A. M., Abedi, A., Abedi, A., Abiodun, O. O., Ali, H. A., Abu-Gharbieh, E., Abu-Rmeileh, N. M. E., Aburuz, S., ... Zyoud, S. H. (2023). Global Burden of Cardiovascular Diseases

- and Risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(25), 2350–2473. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.11.007>
- Miguel, R. (2018). *REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*.
- Molenaar, E. A. L. M., Barten, J. A., te Velde, S., van der Schoot, L., Bleijenberg, N., de Wit, N. J., & Veenhof, C. (2023). Functional Independence in the Community Dwelling Older People: a Scoping Review. *Journal of Population Ageing*, 16(1), 243–262. <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09315-1>
- Montezeli, J. H., de Almeida, K. P., & Haddad, M. do C. F. L. (2018). Nurses' perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>
- Mourão, A. M., Lemos, S. M. A., Almeida, E. O., Vicente, L. C. C., & Teixeira, A. L. (2016). Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CODAS*, 28(1), 66–70. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015072>
- N, Y. H. A. H., SOHN, H.-J., PARK, J.-S., N, T. G. A. H., SHIN, Y. B., PARK, M., Sung-Hwa, K. O., & SHIN, Y.-I. (2017). EFFECT OF BIHEMISPHERIC ANODAL TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION FOR DYSPHAGIA IN CHRONIC STROKE PATIENTS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 49(1), 30–35. <https://doi.org/10.2340/16501977-2170>
- NIH. (2023, May). *Stroke - What Is a Stroke?* | NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke>
- Norma n.º 008/2019. (n.d.). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares Quedas, prevenção, intervenção, hospital, adulto*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 76–81). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação aprovado por maioria, com alterações, na assembleia geral extraordinária de 22 de outubro de 2011*. [http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio\\_preliminar.pdf](http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento nº 350/2015 Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6º ed). Morby.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C., & Andrade, C. R. (2011). *deglutição comprometida numa unidade de intensivos - brasil*.
- Palmar-Santos, A. M., Oter-Quintana, C., Olmos, R., Pedraz-Marcos, A., & Robledo-Martin, J. (2023). A mixed methods study using case studies prepared by nursing students as a clinical practice evaluation tool. *Nursing Open*, 10(9), 6592–6601. <https://doi.org/10.1002/nop2.1919>
- Park, H., Oh, D., Yoon, T., & Park, J. (2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International Journal of*

*Language & Communication Disorders*, 54(3), 479–484.  
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12453>

- Park, J.-S., An, D.-H., Oh, D.-H., & Chang, M.-Y. (2018). Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. *NeuroRehabilitation*, 42(2), 191–197. <https://doi.org/10.3233/NRE-172250>
- Pereira, R. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida - Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, uma oportunidade*. Lusodidata.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47–55). Lusodidacta.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *competências comuns do enfermeiro especialista*.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do EEER*.
- Regulamento nº 656/2021. (2021). *Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. 173–191.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23264/0017300191.pdf>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lidel.
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023a). REHABILITATION NURSING PROGRAM FOR PEOPLE WITH IMPAIRED SWALLOWING IN THE CONTEXT OF STROKE: EXPLORATORY STUDY. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Sá, Oliveira, Almeida, Sacramento, & Oliveira. (2023b). REHABILITATION NURSING PROGRAM FOR PEOPLE WITH IMPAIRED SWALLOWING IN THE CONTEXT OF STROKE: EXPLORATORY STUDY. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S. V., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J. M., Moseley, M. E., Peterson, E. D., Turan, T. N., Valderrama, A. L., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 44(7), 2064–2089.  
<https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P. (2021). Dysphagia: clinical evaluation and management. *Internal Medicine Journal*, 51(7), 1021–1027.  
<https://doi.org/10.1111/imj.15409>
- Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: a pilot study. *BMC Nursing*, 22(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>
- Silva, A. (2016). *UNIVERSIDADE DO PORTO Modelação de um Software para Análise Qualitativa e Quantitativa da Deglutição Orofaríngea por Videofluoroscopia Dissertação do Mestrado em Informática Médica SETEMBRO 2016*.

- Simonelli, M., Ruoppolo, G., Iosa, M., Morone, G., Fusco, A., Grasso, M. G., Gallo, A., & Paolucci, S. (2019). A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 44(1), 103–110. <https://doi.org/10.3233/NRE-182526>
- Smithard, D. G., Smeeton, N. C., & Wolfe, C. D. A. (2007). Long-term outcome after stroke: Does dysphagia matter? *Age and Ageing*, 36(1), 90–94. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl149>
- SPMI. (2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal - SPMI*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Steele, C., Bayley, M., Peladeau-Pigeon, M., Nagy, A., Namasivayam, A., Stokely, S., Wolkin, T., Steele, C. M., Bayley, M. T., Namasivayam, A. M., & Stokely, S. L. (2016). A Randomized Trial Comparing Two Tongue-Pressure Resistance Training Protocols for Post-Stroke Dysphagia. *Dysphagia (0179051X)*, 31(3), 452–461. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9699-5>
- Stotz, A., Hamacher, D., & Zech, A. (2023). Relationship between Muscle Strength and Gait Parameters in Healthy Older Women and Men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph20075362>
- Suntrup-Kruger, S., Ringmaier, C., Muhle, P., Warnecke, T., & Dziewas, R. (2017). Randomized controlled trial of TDCS for the treatment of poststroke dysphagia. *Dysphagia*, 32(1), 170. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9766-y>
- Tarihci Cakmak, E., Sen, E. I., Doruk, C., Sen, C., Sezikli, S., & Yaliman, A. (2023). The Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation on Swallowing Functions in Post-stroke Dysphagia: A Randomized Controlled Trial. *Dysphagia*, 38(3), 874–885. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10512-7>
- Teasdale Bryan Jennett, G. (1971). Assessment of coma and impaired consciousness a Practical Scale. In *J. Cancer in Five Continents* (Vol. 28). [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In *Téoricas de Enfermagem e sua Obra* (5ª edição, pp. 211–224). Lusociência.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics - 2023 Update: A Report from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 147, Issue 8, pp. E93–E621). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Umay, E. K., Yaylaci, A., Saylam, G., Gundogdu, I., Gurcay, E., Akcapinar, D., & Kirac, Z. (2017). The effect of sensory level electrical stimulation of the masseter muscle in early stroke patients with dysphagia: A randomized controlled study. *Neurology India*, 65(4), 734–742. [https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI\\_377\\_16](https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI_377_16)
- WHO. (2021). *World Stroke Day*. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>
- Wilkinson, J. M., Codipilly, D. C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American Family Physician*, 103(2), 97–106.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=EPTOC152643843&lang=pt-pt&site=ehost-live>

WSO. (2017). *World\_Stroke Org - Risk factors 2017\_Brochure*.

WSO. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*.  
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Yang, S., Choo, Y. J., & Chang, M. C. (2021). The preventive effect of dysphagia screening on pneumonia in acute stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Switzerland)*, *9*(12).  
<https://doi.org/10.3390/healthcare9121764>

Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H. V., & Hua, F. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2020, Issue 12). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>

Zhong, L., Wen, X., Liu, Z., Li, F., Ma, X., Liu, H., & Chen, H. (2023). Effects of bilateral cerebellar repetitive transcranial magnetic stimulation in poststroke dysphagia: A randomized sham-controlled trial. *NeuroRehabilitation*, *52*(2), 227–234.  
<https://doi.org/10.3233/NRE-220268>

## APÊNDICE 3 – Guia de mobilizações e posicionamentos no leito



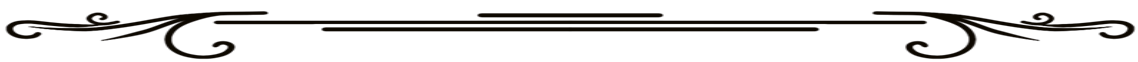
EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ



UCC SEIXAL  
Unidade de Cuidados na Comunidade



# Guia de mobilizações e posicionamentos no leito



Aluno: Miguel Selidónio Cunha

## Exercícios dos Membro Superior

### Mão



A

Dobre o braço da pessoa no cotovelo até que o antebraço fique em um ângulo de 90 graus com a cama;

Segure bem o punho e, ao mesmo tempo, dobre os dedos para dentro, em direção à palma da mão;



Depois, incline um pouco o punho para trás e estique os dedos ao mesmo tempo;

Repetir o exercício 10 vezes.



B

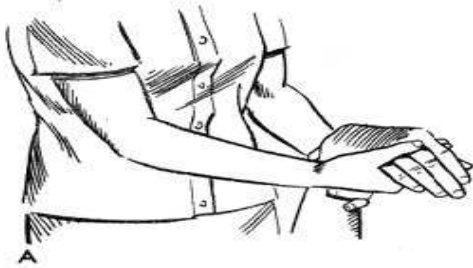
Manter posição anterior;

Abrir e fechar os dedos individualmente;

Repetir o exercício 10 vezes.

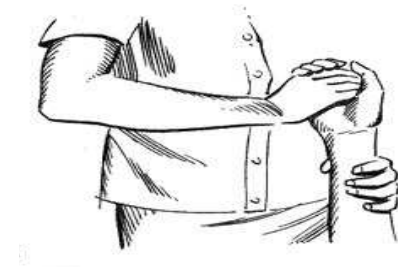


## Punho



Mantenha o braço na mesma posição;

Com uma mão, segure o antebraço perto do punho e, com a outra mão, mova o punho e os dedos para os lados (para a direita e para a esquerda);



Manter posição anterior;

Mobilizar a articulação do punho e os dedos para a frente e para trás;

Repetir o exercício 10 vezes.



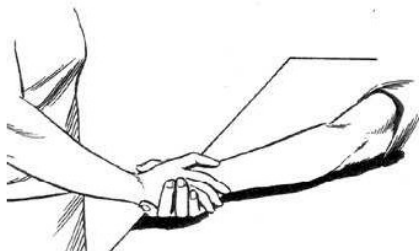
## Cotovelo



Apoiar o cotovelo da pessoa com uma mão e com a outra apoiar a mão;

Fazer movimentos de rotação interna e externa do antebraço, assegurando que só se movimenta o antebraço e nunca o ombro.

Repetir o exercício 10 vezes.



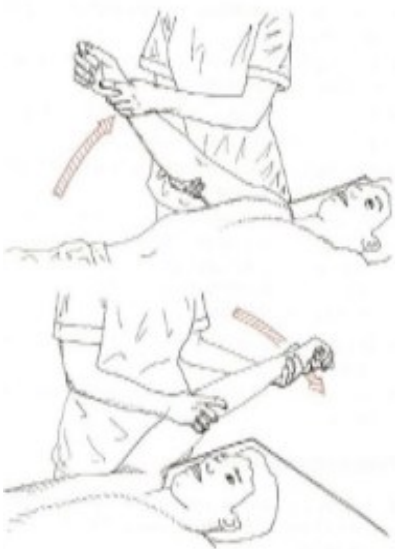


Manter posição anterior;

Fletir o cotovelo no sentido do ombro e voltar à posição de repouso;

Repetir o exercício 10 vezes.

### **Braço**



Apoiar todo o braço da pessoa com uma mão no cotovelo e com a outra apoiar a mão;

Fazer movimentos suaves de elevação do braço e voltar à posição de repouso;

Repetir o exercício 10 vezes.

## Exercícios dos Membro Inferior

### Pé

Deite a perna da pessoa na cama e coloque uma almofada debaixo do tornozelo;



Coloque uma mão em cima do pé e, com a outra mão, segure os dedos do pé e dobre o pé para cima e para baixo;

Repita esse movimento 10 vezes.

Na mesma posição, mobilizar o pé para a direita e para a esquerda;



Repetir 10 vezes em cada pé.



### Joelho

Apoiar o membro ao nível do joelho e pé;



Levantar a perna e dobrar o joelho em direção ao peito e, voltar á posição inicial;



Repetir o exercício 10 vezes.

## **Anca**

Apoiar o membro ao nível do joelho e pé;

Efetuar movimento de lateralização da perna e, voltar á posição inicial;

Não cruzar uma perna sobre a outra;

Repetir o exercício 10 vezes.



1a



1b



Deitado de costas com as pernas dobradas.

Deixar cair as pernas alternadamente para a direita e para a esquerda.

Rodar apenas a bacia e manter o tronco/ombros apoiados na cama.

Repetir 10 vezes.

## Posicionamentos no leito

Decúbito dorsal (barriga para cima)



Decúbito lateral (de lado)



(Colocar uma almofada entre as pernas)

Decúbito semi lateral



APÊNDICE 4 – Folheto informativo: Disfagia

## Disfagia: Saber Reconhecer



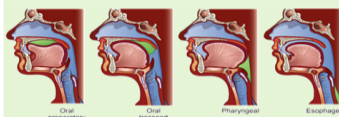
Miguel Selidónio Cunha  
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Seixal—2024

### O que é a deglutição?

A deglutição é o processo de engolir, no qual os alimentos sólidos ou líquidos são movidos da boca para o estômago.

Desempenhado o papel principal na **manutenção do aporte nutricional e hidratação do organismo**.



É dividida em 4 fases:

1. Fase preparatória oral
2. Fase oral
3. Fase faríngea
4. Fase esofágica

### O que é a disfagia?

Quando há dificuldade ou incapacidade de deglutir os alimentos



**Complicação  
Incapacitante!!!!**

Que pode levar a :

1. Diminuição do aporte nutricional adequado
2. Diminuição do aporte hídrico
3. Aumento do risco de aspiração, podendo eventualmente levar ao desenvolvimento de **pneumonias**

É importante saber  
identificar sinais de  
alerta de disfagia!



1. Tosse
2. Dispneia
3. Sensação de engasgamento
4. Tentativa de limpar a garganta/  
Pigarrear
5. Redução do controlo oral do alimento
6. Recusa alimentar
7. Voz molhada
8. Regurgitação nasal
9. Odinofagia (dor de garganta)
10. Febre sem causa aparente
11. Saída de saliva pela boca
12. Resíduos alimentares na boca depois  
de engolir

### O Que Pode Causar a Disfagia?

- **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** e outras condições neurológicas.
- **Doenças degenerativas**, como Parkinson ou Alzheimer.
- **Envelhecimento**, que pode enfraquecer os músculos da deglutição.
- **Cancro** ou tratamentos médicos que afetam a garganta e o esôfago.



### Espessantes



- Estratégia amplamente utilizada em situações de disfagia.
- Alteram a consistência dos líquidos tornando-os mais fáceis e seguros de ingerir.



+

++

+++

APÊNDICE 5 – Relatório de Situação: Incontinência Urinária e  
Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

A thick dark blue vertical bar is positioned on the left side of the page. From the bottom of this bar, several thin, light blue lines curve upwards and outwards, creating an abstract, organic shape that resembles a stylized plant or a cluster of fibers.

# **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Autocontrolo Continência Urinária Ineficaz**

Realizado pelos alunos Ana Patrício Ciuro e Miguel Cunha

Almada

2024

# **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Autocontrolo Continência Urinária Ineficaz**

Trabalho realizado durante o estágio no Serviço de Neurocirurgia I  
No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola superior de  
Saúde Egas Moniz

Realizado pelos alunos Ana Patrício Ciuro e Miguel Cunha

Almada

2024

## ÍNDICE GERAL

---

	Pgg.
Lista de Siglas-----	4
Índice de Gráficos -----	5
Índice de Figuras-----	6
INTRODUÇÃO-----	7
CONCEITOS-----	14
1. Anatomo-Fisiologia do Aparelho Urinário-----	14
2. Autocontrolo continência urinária -----	14
3. Autocontrolo continência urinária ineficaz segundo a CIPE-----	15
4. Autocontrolo continência urinária ineficaz-----	15
5. Repercussões da alteração da continência urinária-----	16
6. Os diferentes tipos de Incontinência Urinária-----	17
7. A avaliação da pessoa com incontinência urinária-----	18
8. As Intervenções do EEER na Promoção da Continência Urinária-----	19
9. Construção do Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa autocontrolo continência urinária ineficaz-----	27
10. Plano de reabilitação-----	27
10.1 Exercícios no leito-----	28
10.2 Exercícios sentado-----	37
10.3 Exercícios de pé-----	40
INDICADORES-----	43
11. Referências Bibliográficas-----	45
12. Anexos-----	48

## LISTA DE SIGLAS

---

EEER- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

GCS- Glasgow coma scale

HC – Hérnia cervical

HSD- hematoma subdural

ICIQ-IU-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form

IU – Incontinência Urinária

LOE – Lesão ocupante de espaço

MPP – Músculos do pavimento pélvico

NC – Neurocirurgia

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

	Pág.
Gráfico 1- Distribuição da idade pelo nº de utentes-----	8
Gráfico 2- Distribuição do género pelo nº de utentes-----	9
Gráfico 3- Distribuição do diagnóstico pelo nº de utentes-----	9
Gráfico 4- Distribuição da existência de patologia vesical/ prostática/IU prévia pelo nº de utentes----- -----	9
Gráfico 5- nº de utentes que realiza medicação relacionada com a IU-----	10
Gráfico 6- Distribuição do GCS pelo nº de utentes-----	10
Gráfico 7- Distribuição da orientação no tempo pelo nº de utentes e diagnósticos-----	11
Gráfico 8- Distribuição força muscular nos MSS pelo nº de utentes-----	11
Gráfico 9- Distribuição força muscular nos MIF pelo nº de utentes-----	11
Gráfico 10- Distribuição ICIQ-IU-SF pelo nº de utentes-----	12
Gráfico 11- Distribuição da tipologia de IU pelo nº de utentes-----	12
Gráfico 12- Distribuição da Patologia Vesical/Prostática/ IU prévia por diagnóstico e pelo nº de utentes- -----	13
Gráfico 13- Distribuição da tipologia de IU /Diagnóstico pelo nº de utentes-----	13

# ÍNDICE DE FIGURAS

---

Pág.

Figura 1- Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do autocontrolo: continência urinária-----	20
Figura 2- Intervenções para o autocontrolo continência urinária- padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação -----	21
Figura 3- Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do autocontrolo: continência urinária -dimensão do conhecimento----- -----	23
Figura 4- Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do autocontrolo: continência urinária -dimensão da aprendizagem e capacidades----- -----	23
Figura 5- Fenómeno em Sclinico – Autocontrolo Incontinência urinária-----	24
Figura 6- Fenómeno em Sclinico – Avaliar autocontrolo Incontinência urinária-----	25
Figura 7- Fenómeno em Sclinico – Avaliar potencial para melhorar a capacidade -----	25
Figura 8- Fenómeno em Sclinico – Avaliar autocontrolo incontinência urinaria comprometido ----- -----	28
Figura 9- Fenómeno em Sclinico –Autocontrolo incontinência urinaria comprometido – intervenções sugeridas face ao diagnóstico-----	26
Figura 10- Fenómeno em Sclinico – Avaliar conhecimento sobre autocontrolo incontinência urinaria---- -----	27

# INTRODUÇÃO

---

Este trabalho surge a partir da observação e análise no contexto onde o próprio trabalho foi realizado, estágio de natureza profissional no serviço de neurocirurgia, sendo este o primeiro ensino clínico do 2º Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola superior de saúde Egas Moniz.

No início do estágio, após conversarmos com a enfermeira gestora e identificar informalmente as principais necessidades do serviço e dos utentes, verificou-se que a reabilitação dos utentes com incontinência urinária necessitava de novos procedimentos de implementação e avaliação.

Para darmos início a este processo, foi necessário realizarmos um diagnóstico de situação: Incontinência Urinária (IU) no Serviço de Neurocirurgia (NC).

**Data de início: 14/06/2024**

**Data de termo: 03/07/2024**

A partir de uma análise mais consistente e objetiva desta situação concreta, desenvolveram-se motivações comuns. Este trabalho de análise constituiu a base de sustentação da escolha desta temática, sendo muito motivador saber que o trabalho ganharia mais sentido pelo fato de posteriormente poderem vir a desenvolver-se protocolos de reabilitação da musculatura do pavimento pélvico (MPP), técnicas de treino vesical, assim como das alterações comportamentais, no sentido de os implementar no serviço.

Como objetivos definimos:

- Avaliar a presença de incontinência urinária e classificá-la a nível da tipologia;
- Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

Este trabalho baseou-se numa revisão sistemática da literatura, e esperamos que possa também servir um dia como um projeto de investigação para o serviço, como por exemplo avaliar o efeito / impacto de um programa de reabilitação na promoção da continência urinária num serviço de neurocirurgia.

Para realizarmos o diagnóstico de situação definimos como **critérios de inclusão:**

- A pessoa internada na enfermaria durante o período de colheita de dados;
- Apresentar incontinência urinária;

- Obedecer a comandos simples;
- Compreender o que lhe é dito;
- Ter capacidade de realizar os exercícios propostos para o fortalecimento da musculatura pélvica;
- Ser capaz de cumprir hidratação.

Como **critérios de exclusão** foram definidos os seguintes:

- Apresentar continência urinária;
- Não consegue obedecer a comandos simples;
- Não compreender o que lhe é dito;
- Pessoas com cateterismo vesical;
- Pessoas com IU neurogénica;
- Ser incapaz de cumprir hidratação.

### Resultados do diagnóstico de situação:

Médias idades = 75,16 anos

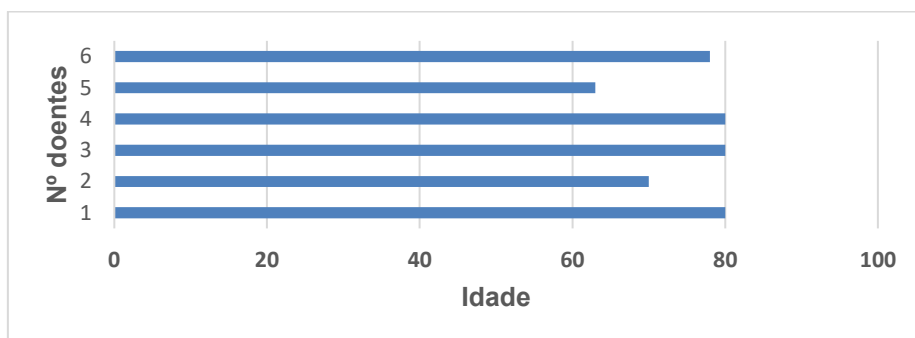


Gráfico 1- Distribuição da idade pelo nº de utentes



Gráfico 2- Distribuição do género pelo nº de utentes

Quanto ao género, quatro utentes eram do género masculino e dois do feminino.

Relativamente ao diagnóstico, 1 utente foi submetido a cirurgia por Hérnia cervical (HC); 3 utentes com cirurgia por Hematoma Subdural (HSD) e 2 utentes com cirurgia por Lesão ocupante de espaço (LOE).

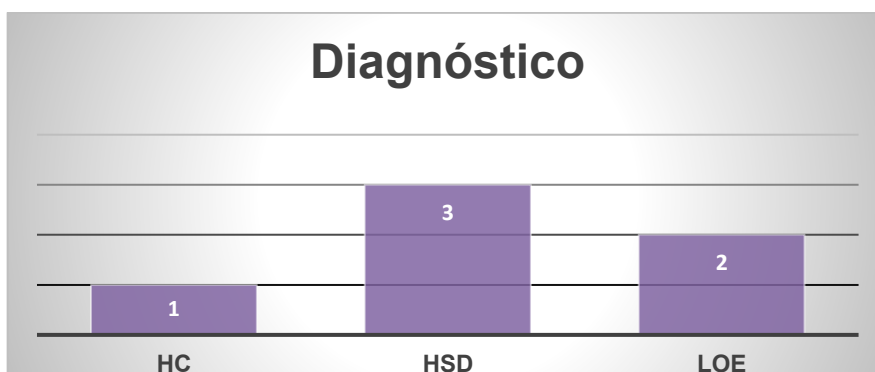


Gráfico 3- Distribuição do diagnóstico pelo nº de utentes

Quanto a existência de patologia vesical/ prostática ou IU prévia a cirurgia, apenas 2 doentes apresentavam esse problema.

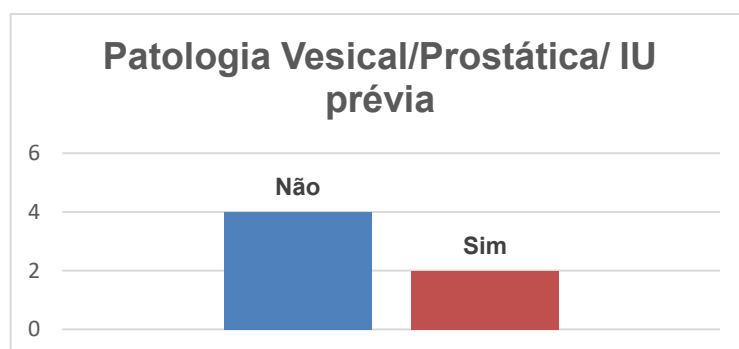


Gráfico 4- Distribuição da existência de patologia vesical/ prostática/IU prévia pelo nº de utentes

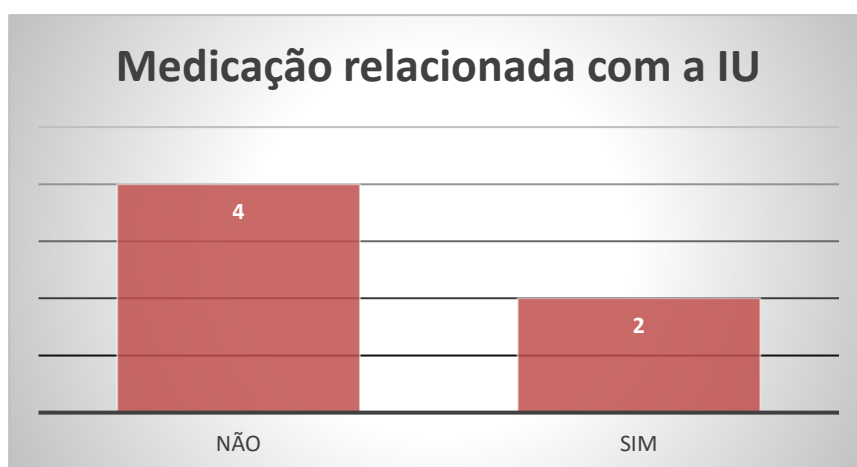


Gráfico 5- nº de utentes que realiza medicação relacionada com a IU

Todos os utentes estiveram durante o internamento com cateterismo urinário devido ao pós-operatório, e apenas 2 fizeram medicação relacionada com a IU.

Relativamente a escala de comas de Glasgow (GCS), 50% apresentava score de 14 e os outros 50% score de 15, como ilustra o gráfico.

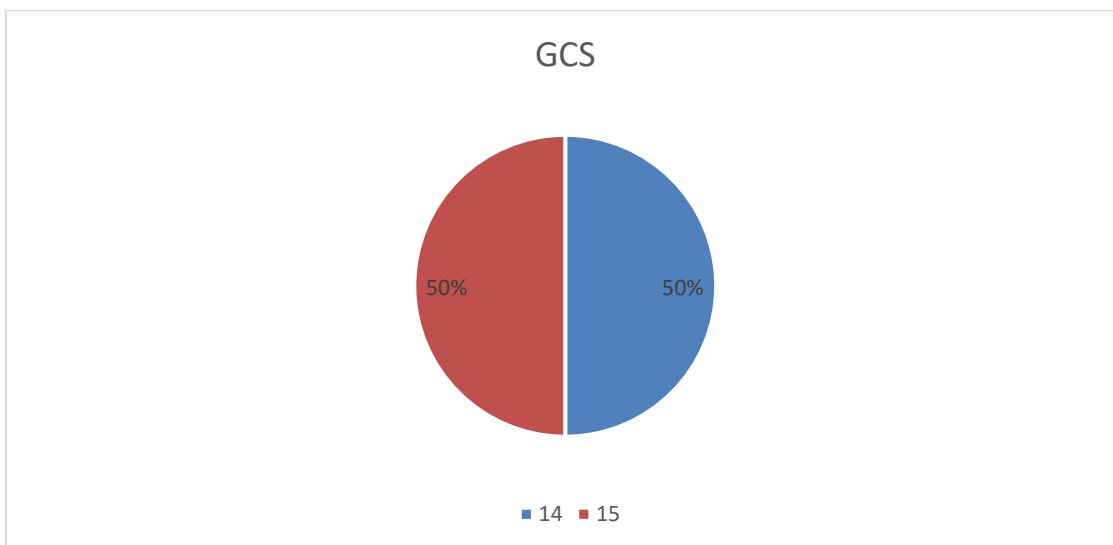


Gráfico 6- Distribuição do GCS pelo nº de utentes

Relativamente a orientação no espaço e pessoa não houve alterações. Os 6 utentes estavam orientados. Já quanto à orientação no tempo, apenas 3 estavam orientados.



Gráfico 7- Distribuição da orientação no tempo pelo nº de utentes e diagnósticos

Na coordenação do movimento: todos os utentes apresentavam coordenação no leito, mas quando na posição ortostática apresentavam-se com alteração do equilíbrio dinâmico e com necessidade de apoio na marcha.

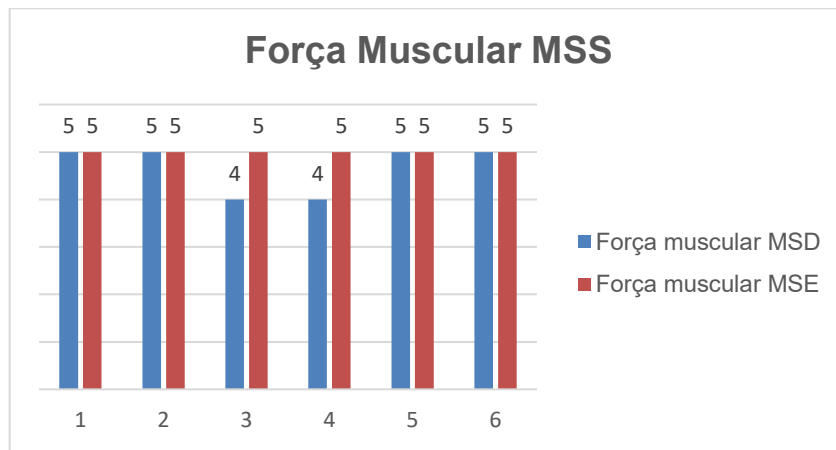


Gráfico 8- Distribuição força muscular nos MSS pelo nº de utentes

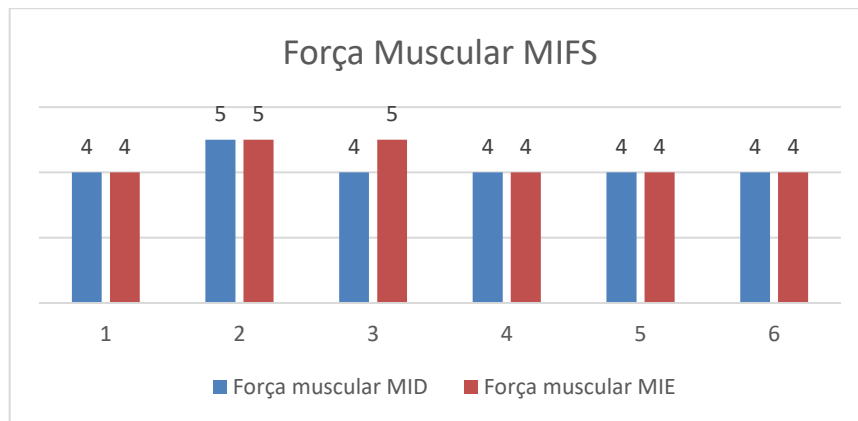


Gráfico 9- Distribuição força muscular nos MIF pelo nº de utentes

Quanto ao score de incontinência avaliado pelo questionário Internationalm Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-IU-SF), verificou-se que 2 utentes apresentavam scores mais elevados.

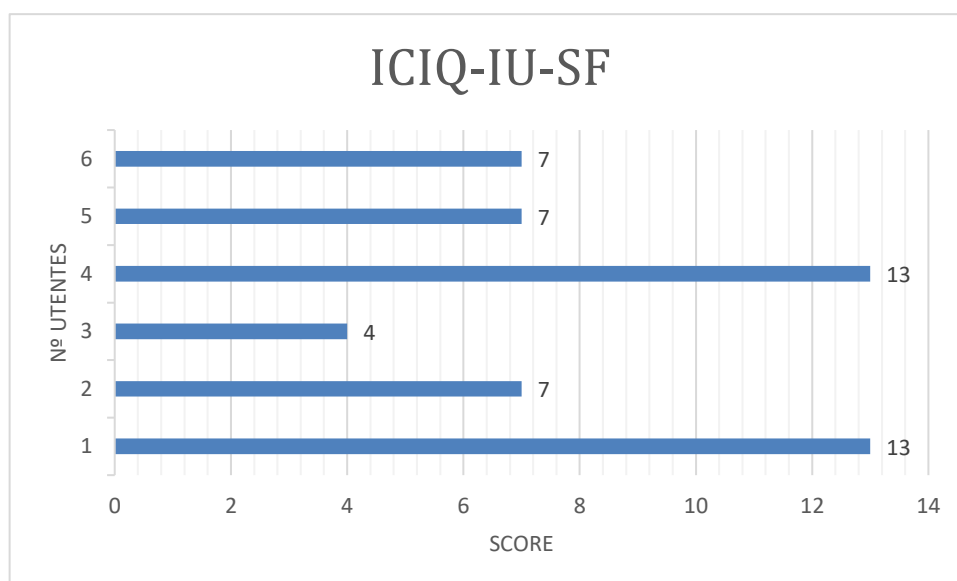


Gráfico 10- Distribuição ICIQ-IU-SF pelo nº de utentes

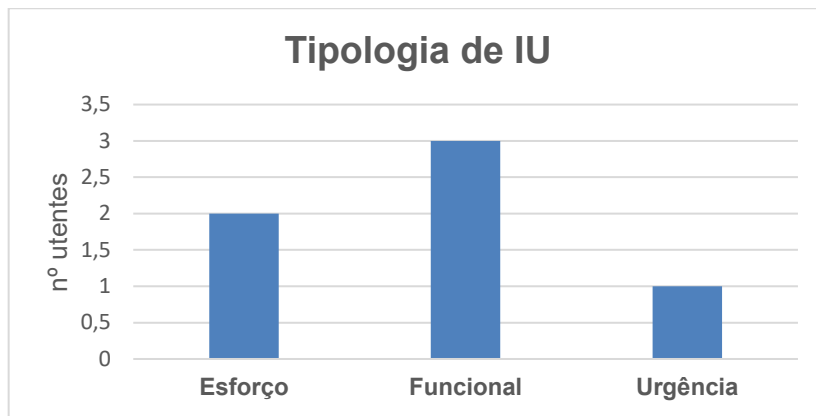


Gráfico 11- Distribuição da tipologia de IU pelo nº de utentes

Foram também avaliadas a escala de queda de Morse com uma média – 68,3 (alto risco); e avaliado o índice de Barthel com uma média 61, 6 (dependência moderada).

Relativamente à distribuição da Patologia Vesical/Prostática/ IU prévia por diagnóstico, dos dois utentes que apresentavam essa patologia, ambos tinham como diagnóstico HSD.

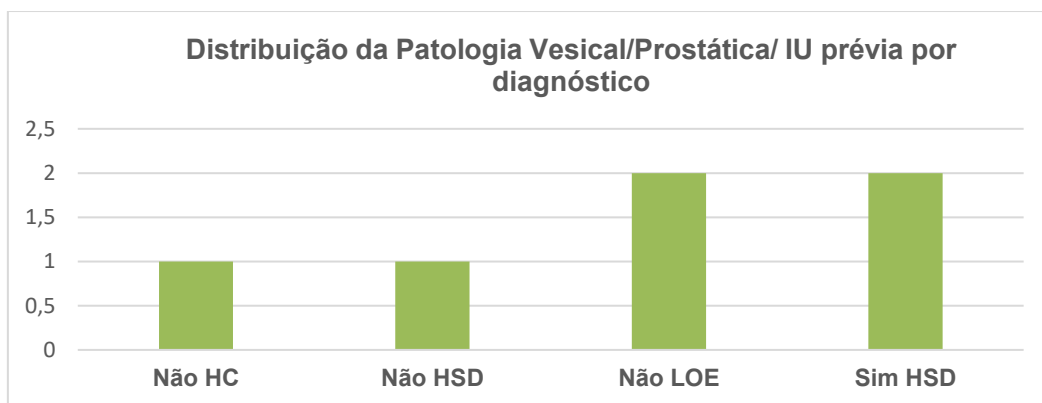


Gráfico 12- Distribuição da Patologia Vesical/Prostática/ IU prévia por diagnóstico e pelo nº de utentes

O seguinte gráfico demonstra como a tipologia de IU está distribuída pelo diagnóstico dos 6 utentes:

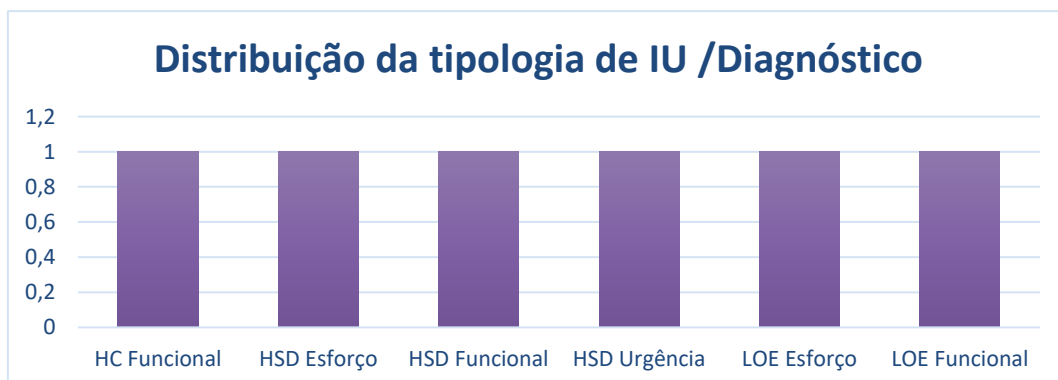


Gráfico 13- Distribuição da tipologia de IU /Diagnóstico pelo nº de utente

# CONCEITOS

---

## **1. Anatomo-Fisiologia do Aparelho Urinário**

O aparelho urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. A bexiga, um órgão muscular oco, revestida pelo urutélíio, funciona como reservatório de urina e é formada pelo corpo, composto pelo músculo detrusor, e pelo trígono, uma área triangular na base onde passam os ureteres e a uretra. A uretra é uma estrutura que permite o transporte da urina da bexiga para o exterior (Redol et al., 2017).

O colo vesical mede cerca de 2 a 3 cm de comprimento, localizado na uretra posterior, onde os músculos formam o esfíncter interno. Já o esfíncter vesical externo é composto pela uretra posterior que atravessa os músculos perineais profundos e o diafragma urogenital (Marques-Vieira et al., 2016).

O esfíncter externo é constituído por tecido muscular esquelético e está sob controlo voluntário, permitindo evitar a micção, mesmo quando mecanismos involuntários tentam esvaziar a bexiga. Ao contrário, o esfíncter interno é constituído por tecido muscular liso e é autónomo. Os músculos do pavimento pélvico (que conferem suporte à bexiga e uretra) e nos homens, a glândula prostática, constituem as restantes estruturas que contribuem para a continência urinária (Marques-Vieira et al., 2016).

Os músculos do pavimento pélvico, incluindo o levantador do ânus, pubococcígeo, obturador interno, piriforme, e os músculos superficiais e profundos do períneo formam o diafragma urogenital. A sua contração voluntária contribui para a continência ao comprimir, alongar e elevar a uretra. Esses músculos estriados e voluntários podem ser fortalecidos por meio de exercícios específicos (Redol et al., 2017).

## **2. Autocontrolo continência urinária**

O reflexo da micção é mantido por um arco reflexo que envia impulsos sensoriais desde a bexiga até à região sagrada S3. A protuberância, sob controlo voluntário do córtex frontal, coordena o relaxamento do esfíncter uretral com a contração do detrusor, permitindo o esvaziamento da bexiga. Se a pessoa decide não urinar, o centro da micção no lobo frontal envia mensagens inibitórias à protuberância e ao centro sagrado da micção (S3), bloqueando a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter. A continência envolve a inibição ativa do arco reflexo completo. Para que o fenómeno de continência urinária ocorra, há um aumento da pressão intrauretral e que é maior que a pressão intravesical e este fenómeno é constituído por várias fases: enchimento da bexiga, armazenamento, contração e esvaziamento. Na fase de enchimento, há um aumento para

pressão intravesical de forma progressiva, e são os esfíncteres uretrais e os músculos do pavimento pélvico que ajudam a manter a continência. Quando a parede vesical já se encontra distendida com cerca de 200 - 300 ml já estamos na fase de armazenamento e contração, a fase de esvaziamento ocorre com a vontade de urinar pelo enchimento da bexiga. O sistema nervoso em sincronização perfeita com os músculos da bexiga, esfíncteres e pavimento pélvico fazem com que ocorra o esvaziamento vesical (Potter et al, 2018).

Assim a continência urinária pode ser definida como a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo que exista um esforço físico intenso ou vontade de urinar. Conseguimos manter a continência urinária enquanto houver um equilíbrio entre o nosso sistema anatómico e fisiológico, mas é normal que com a idade o mesmo se vá deteriorando (Seeley et al., 2008).

### **3. Autocontrolo continência urinária ineficaz segundo a CIPE**

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a incontinência urinária (IU) é um "Status de continência: Fluxo involuntário de urina, incapacidade de controlo dos esfíncteres vesical e uretral" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019).

### **4. Autocontrolo continência urinária ineficaz**

A IU, é uma situação de doença e surge de forma involuntária, em que não há capacidade para armazenar e controlar a saída de urina, com perdas desde pequenas a graves e de forma frequente (DGS, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007).

Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU. Apenas uma pequena percentagem (10%) solicita ajuda. A IU não aumenta a mortalidade, mas afeta significativamente o bem-estar, a autoestima e a qualidade de vida.

A maior prevalência acontece nas mulheres, e deve-se aos dois orifícios naturais do pavimento pélvico: o hiato vaginal e o hiato retal. Esses fazem com que os músculos que sustentam os órgãos pélvicos e contraem a uretra para evitar a perda de urina, além do músculo ao redor da uretra, sejam menores e mais frágeis nas mulheres (Ministério da Saúde, 2018).

## **5. Repercussões da alteração da continência urinária**

A mudança na autonomia e independência devido à alteração da continência urinária, pode afetar significativamente a qualidade de vida em diversos aspectos, incluindo o biológico, psicológico, social, ocupacional, físico e sexual. Isso pode levar a pessoa a isolar-se e a afastar-se de sua vida social, com conseqüente necessidade de readaptação da pessoa e modificação de comportamentos com vista a manter o seu autocuidado (Ribeiro et al., 2021).

Com o envelhecimento, a capacidade da bexiga diminui, assim como a pressão máxima de encerramento uretral em que há um atraso na sensação de vontade de urinar. Isso em conjunto com o aumento das contrações involuntárias do detrusor e o risco de infecções urinárias, dificulta o controle voluntário da micção. Além disso, os idosos podem enfrentar problemas de visão, mobilidade e destreza, dificultando atividades como localizar e chegar à casa de banho e despirem-se a tempo. Esses problemas podem ser agravados pela administração de certos medicamentos, como diuréticos (Ribeiro et al., 2021).

As comorbidades associadas à IU incluem o prolongamento do internamento, infecções do trato urinário, complicações do uso prolongado de cateteres urinários, dermatites de contato por lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária, fraturas decorrentes dessas quedas, além de distúrbios do sono que resultam em debilidade funcional. Gera custos elevados para o sistema de saúde e para a pessoa. Esses custos incluem despesas com o diagnóstico, produtos de higiene, tratamentos e comorbidades (Arco et al., 2017).

Existem também repercussões psicológicas causadas pela IU, pois este problema sendo ainda considerado tabu, as pessoas sentem vergonha, pois infelizmente ainda vivemos numa sociedade em que a IU é vista como falta de higiene, o que leva a um sentimento de repulsa e também à percepção de sentir-se sexualmente indesejado. Muitas vezes até a própria família/cuidadores demonstram impaciência perante este problema e alguma frustração (Arco et al., 2017; Avery et al., 2013).

A IU também pode ter impacto sociocultural e económico em várias situações como a realização de compras, realizar viagens, pois mesmo com a utilização de pensos ou fraldas absorventes as pessoas continuam a sentirem-se sujas e molhadas e com medo de que em seu redor sintam o cheiro de urina, que reparem na sua roupa molhada e nas idas frequentes à casa de banho (Avery et al., 2013; Faria et al, 2014).

Ao longo do internamento, toda a informação pertinente irá ajudar a pessoa na sua recuperação e na máxima capacitação, sendo fundamental um cuidado holístico (Schulz & Nakamoto, 2012; Simpson, 2015).

## 6. Os diferentes tipos de Incontinência Urinária

A incontinência urinária é categorizada em dois tipos: **transitória/aguda** e **estabelecida/crônica**. **A incontinência transitória** está ligada a uma condição médica ou cirúrgica aguda que se resolve quando a causa subjacente é tratada. As causas comuns incluem estados temporários de confusão mental, infecções do trato urinário, efeitos colaterais de medicamentos, aumento da produção de urina, mobilidade reduzida e obstipação. **A incontinência urinária crônica** resulta de anomalias na estrutura ou função do trato urinário ou do sistema neurológico, afetando o armazenamento da urina, o esvaziamento ou ambos, muitas vezes com início gradual. Os tipos identificados incluem incontinência de esforço, de urgência, mista, funcional, por regurgitação e retenção urinária (Abrams et al., 2017; Gray & Moore, 2012).

Quando o problema é **ao nível do armazenamento** da urina podemos estar perante uma **IU de Urgência** (é marcada por um forte desejo de urinar, resultando na perda de grandes quantidades de urina, causada por uma contração do detrusor hiperativa e que é causada por uma disfunção vesical), uma **IU de esforço** (ocorre com a perda súbita de pequenas quantidades de urina durante atividades físicas, como tosse, espirros ou gargalhadas, devido ao aumento súbito da pressão intra-abdominal e à instabilidade uretral ou causada por uma disfunção esfíncteriana), a **IU mista** (causada por uma disfunção vesico-esfíncteriana com a pessoa a sentir urgência urinária e incontinência de esforço) e uma **IU funcional** (devido à incapacidade funcional da pessoa de chegar à casa de banho a tempo, resultante de défices cognitivos, mobilidade reduzida ou lesões neurológicas, e pode ser agravada por barreiras arquitetónicas). Quando o problema é ao **nível do esvaziamento** da urina podemos estar perante uma retenção urinária crónica com perda de urina – **IU por refluxo** (é caracterizada pela perda contínua de pequenas quantidades de urina devido a uma bexiga hiperdistendida)

Se problema é ao nível de ambos (**armazenamento e esvaziamento**) estamos perante uma disfunção vesico-esfíncteriana de origem neurogénica. **A IU Neurogénica** resulta de lesões no Sistema Nervoso Central e pode manifestar-se de diferentes formas, dependendo da localização da lesão. Se a lesão estiver no córtex frontal, origina uma Bexiga Neurogénica Desinibida. Se a lesão for medular e ocorrer acima da região sagrada, resulta numa Bexiga Neurogénica Reflexa. Uma lesão medular na região sagrada causa uma Bexiga Neurogénica Autónoma. Lesões que afetam o lado aferente do arco reflexo da micção resultam numa Bexiga Parálitica Sensorial, enquanto lesões no lado eferente causam uma Bexiga Parálitica Motora (Abrams et al., 2017; Gray & Moore, 2012).

## **7. A avaliação da pessoa com incontinência urinária**

O enfermeiro de enfermagem de reabilitação (EEER) realiza uma avaliação detalhada em que a pessoa descreve as perdas de urina, que consequências tem no dia a dia, duração, sintomas, antecedentes pessoais e familiares, medicação atual, histórico das queixas (início, duração, frequência, período do dia), fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical antes e após urinar, e capacidade de adiar a micção de forma a poder diferenciar entre IU transitória ou estabelecida (Redol & Rocha, 2017). Investiga outros sintomas como disúria e hematúria, questiona a gestão da perda de urina e se a pessoa já participou em algum programa de treino, questionar a perceção sobre suas perdas de urina e o impacto na qualidade de vida, utilizando o questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-IU-SF) (Mendonça, 2012; Redol & Rocha, 2017).

Apesar da escala ICIQ-IU-SF (Anexo I) ser autoadministrável, optou-se durante o diagnóstico de situação no serviço, por administrá-la de forma indireta, com leitura das questões, tendo a intenção de garantir a compreensão dos itens da escala. O ICIQ-IU-SF é utilizado em diversas situações clínicas, incluindo na avaliação inicial para determinar a gravidade dos sintomas de incontinência urinária e para avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas ao longo do tempo e na pesquisa clínica como uma ferramenta padronizada para coletar dados sobre IU em estudos clínicos.

A Interpretação da Pontuação faz-se da seguinte forma:

0-7: Incontinência leve

8-14: Incontinência moderada

15-21: Incontinência grave

Como benefícios, temos a simplicidade e rapidez, fácil de administrar e de responder. Validada para a população portuguesa e amplamente utilizado e reconhecido globalmente. Ao nível da sensibilidade é capaz de detetar mudanças na gravidade dos sintomas ao longo do tempo. (Mendonça, 2012; Redol & Rocha, 2017).

O ICIQ-IU -SF é uma ferramenta valiosa para profissionais de saúde na avaliação e controlo da IU, proporcionando uma visão clara do impacto da condição na vida dos utentes e ajudando a orientar as decisões de tratamento.

Além disso, o EEER pode utilizar outros instrumentos específicos para avaliar a incontinência urinária, como o diário miccional e a ecografia, para medir o volume de urina na bexiga e o resíduo pós-miccional. A avaliação deverá ainda contemplar a realização de um exame objetivo à pessoa, que compreende: um exame neurológico breve, com a avaliação de possíveis limitações cognitivas, da marcha, do tónus do esfíncter anal, do reflexo bulbocavernoso e da sensibilidade do períneo e dos genitais; e um exame físico,

através da observação e palpação do abdómen e região pélvica. Neste domínio da história atual, é de extrema importância caracterizar detalhadamente as alterações referidas pelo utente/família/cuidador, uma vez que estes dados poderão, por um lado, auxiliar na definição do tipo de incontinência que o utente apresenta e, por outro lado, serão a chave para a construção de um plano de intervenção (Mendonça, 2012; Redol, Rocha, 2017).

Após a colheita de dados, o EEER deve delinear um plano de intervenção. Atualmente, este dispõe de diversas medidas de intervenção, devendo optar inicialmente pelo procedimento menos invasivo e mais seguro, considerando a incapacidade da pessoa, relação custo-eficácia, complexidade técnica e possíveis complicações (Rocha & Redol, 2017).

## **8. As Intervenções do EEER na Promoção da Continência Urinária**

O EEER desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce, na implementação de medidas preventivas e na garantia da manutenção das capacidades funcionais da pessoa. Ele visa prevenir complicações, evitar incapacidades e oferecer intervenções terapêuticas destinadas a melhorar as funções residuais. O seu objetivo é também preservar ou restaurar a independência nas atividades vida diárias, minimizando o impacto das incapacidades já presentes, abrangendo áreas como funções motoras, sensoriais, cognitivas, respiratórias, cardíacas, ortopédicas, alimentares, de eliminação e sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019; OMS, 2021).

A implementação de programas de reabilitação visa oferecer cuidados de enfermagem de forma sistemática e segura, resultando em benefícios significativos para a saúde da pessoa. Isso inclui redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição dos dias de internamento e reinternamentos, facilitação da reintegração na família e na sociedade, além de promover maior satisfação (Ferreira et al., 2020).

A gestão dos cuidados para pessoas com alterações no padrão de eliminação vesical é uma prioridade na enfermagem de reabilitação, apresentando resultados positivos. O EEER dispõe de diversas estratégias de intervenção, sendo fundamental priorizar aquelas menos invasivas e mais seguras, levando em conta a condição da pessoa, a relação custo-benefício, a complexidade técnica e os potenciais riscos (Marques-Vieira et al., 2016; Ribeiro et al., 2021).

A promoção da continência urinária contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com IU e dos seus familiares, sendo que o EEER, pelas suas competências científicas e técnicas, ao detetar esta problemática deve iniciar de imediato o processo de avaliação do utente e implementar, juntamente com a sua colaboração, um plano de intervenções necessárias (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação encontram-se descritos vários parâmetros na figura 1, que o EEER deve avaliar de forma a poder planear o programa de reabilitação da pessoa com IU com diversas estratégias/intervenções.



**AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA URINÁRIA**

Dimensão	Critérios diagnósticos	Sim	Não
	Avaliar autocontrolo: continência urinária		
	Controlo de esfínter urinário		
	Uso de terapêutica		
	Reconhece vontade de urinar		
	Consegue chegar ao WC após sentir vontade de urinar		
	Esvazia completamente a bexiga		
	Capaz de iniciar e interromper jacto de urina		
Outro:	Volume urinário > 150cc em cada micção		

Figura 1- padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do autocontrolo: continência urinária

	Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem
Autocontrolo		Aconselhar eliminação urinária antes do sono
		Avaliar autocontrolo: continência urinária
		Executar técnica de exercícios para o autocontrolo: continência urinária.
		Estimulação externa (Percussão - estimulação supra-púbica )
		Compressão abdominal.
		Manobra de Valsalva
		Método Credé
		Monitorizar eliminação urinária
		Planear eliminação urinária
		Planear ingestão de líquidos
		Providenciar material educativo
		Referenciar para terapia com grupos de apoio
		Reforçar comportamentos com técnica de feedback
		Reforçar a auto-eficácia
	Supervisionar autocontrolo: continência urinária	
	Autocontrolo: continência urinária ineficaz	
	Autocontrolo: continência urinária eficaz	

Figura 2-

Intervenções para o autocontrolo continência urinária- padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação

As técnicas comportamentais são intervenções autónomas do EEER para reduzir a frequência e a intensidade dos episódios de IU. É fundamental destacar que essas técnicas não garantem resultados imediatos. Portanto, o EEER deve realizar uma parceria com a pessoa na definição de objetivos realistas e alcançáveis de forma gradual (Rocha & Redol, 2017).

Com a terapia comportamental pretende-se que a pessoa se consciencialize da diferença entre a percepção da necessidade de urinar e o ato de urinar, para tal é importante que haja alteração dos hábitos miccionais. O treino vesical é uma das estratégias que o EEER pode implementar, que consiste em utilizar a distração e técnicas de relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após o desejo miccional, adiando o ato da micção (Rocha & Redol, 2017).

O treino de hábitos, também conhecido como micção temporizada, é uma estratégia mencionada na literatura onde se estabelece um horário para iniciar a micção voluntariamente, antes que a bexiga esteja completamente cheia e haja uma sensação de plenitude. Inicialmente, baseado na avaliação da situação, um intervalo de 2 a 3 horas entre micções é estabelecido e gradualmente aumentado. Esta abordagem depende

significativamente do cuidador em casos de dependência ou limitação (Rocha & Redol, 2017; Santos, 2012).

A micção imediata é uma intervenção comum em pessoas com alterações cognitivas ou que estão institucionalizadas. Consiste em responsabilizar a pessoa pela gestão da sua micção e incontinência, através do questionamento regular sobre a condição da roupa (seca ou molhada) e incentivando a ida a casa de banho ou uso de dispositivos urinários como o urinol /arrastadeira. O reforço positivo é utilizado para encorajar o uso sanitário e reduzir episódios de incontinência (Rocha & Redol, 2017; Santos, 2012).

O EEER pode implementar estratégias nutricionais e de hidratação para controlar a IU. Em relação à alimentação, é importante educar a pessoa sobre a ingestão adequada de fibras para melhorar o funcionamento intestinal e evitar substâncias como cafeína, que podem estimular a bexiga. Quanto à hidratação, o EEER pode colaborar com a pessoa para ajustar a ingestão de líquidos conforme suas rotinas diárias, recomenda-se reduzir a ingestão hídrica em 20 a 30% após as 18-19h horas para ajudar no controlo da IU (Rocha & Redol, 2017).

Em conjunto com a terapia comportamental, é importante criar um diário miccional para avaliar e entender os hábitos diários da pessoa, ajudando a traçar o perfil miccional e a melhor forma de reeducar a função vesical (Marques-Vieira et al., 2016; Ribeiro et al., 2021).

Os exercícios do pavimento pélvico são um complemento eficaz às terapias comportamentais, pois fortalecem a uretra e aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas. Esses exercícios ajudam a pessoa a identificar e utilizar corretamente os músculos para controlar a continência. Para que a mesma consiga identificar onde ficam seus músculos pélvicos, a forma mais comum é interromper o fluxo de urina por alguns instantes. Assim, contrai-se os músculos pélvicos e a pessoa adquire mais consciência aonde eles estão. A pessoa também pode utilizar um espelho pequeno debaixo do períneo para encontrar os seus músculos, e ao ver o períneo a contrair está a fazer a contração correta (Abrams et al., 2017; Ribeiro, 2021).

Outra forma de saber onde ficam os músculos pélvicos é apertar o dedo com a vagina ou no homem o dedo no ânus. A pessoa deverá sentir na contração o músculo pélvico a subir e quando relaxa sentirá o músculo pélvico a voltar para o lugar novamente. Os exercícios devem ser feitos progressivamente, evitando a fadiga, com pequenas contrações para treinar a força e contrações mais longas para aumentar a resistência (Marques-Vieira et al., 2016; Ribeiro et al., 2021).

Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, conhecidos como exercícios de Kegel, são a intervenção mais destacada na literatura. Ao realizar esses exercícios, ocorrem contrações do músculo coccígeo, que melhoram a resistência da uretra. Isso

favorece o fechamento da uretra e fortalece a musculatura peri-uretral voluntária e pélvica. Ao implementar esses exercícios, é essencial que o EEER considere diversos aspetos: garantir que a pessoa saiba identificar corretamente os músculos a serem exercitados, ensinar a técnica correta de execução dos exercícios e incentivar a prática regular dos mesmos (Rocha & Redol, 2017; Santos, 2012).

Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre autocontrolo continência urinária <i>Conhece técnica de exercícios musculares pélvicos</i> <i>Conhece técnica de treino vesical</i>		
	Avaliar conhecimento sobre técnica de autocateterização da bexiga <i>Conhece técnica de autocateterização da bexiga</i>		
	Outro:		
	<b>Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem</b>	<b>Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem</b>	
		Avaliar conhecimento sobre autocontrolo continência urinária	
		Avaliar conhecimento sobre exercícios musculares pélvicos	
		Avaliar conhecimento sobre técnica de autocateterização da bexiga	
		Avaliar conhecimento sobre técnica de estimulação da eliminação urinária	
		Ensinar sobre autocontrolo continência urinária	
		Ensinar sobre <b>dispositivo auxiliar</b>	
	Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos		
	Ensinar sobre técnica de autocateterização da bexiga		
	Ensinar sobre técnica de estimulação da eliminação urinária		
	Ensinar sobre técnica de treino vesical		
	Providenciar <b>material educativo</b>		
	<b>Potencial para melhorar</b> conhecimento sobre autocontrolo: continência urinária, Conhecimento sobre autocontrolo: continência urinária, melhorado		
	<b>Potencial para melhorar</b> conhecimento sobre técnica de autocateterização da bexiga, Conhecimento sobre técnica de autocateterização da bexiga, melhorado		

Figura 3- padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do autocontrolo: continência urinária -dimensão do conhecimento

Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Aprendizagem de capacidades	Avaliar <b>capacidade</b> para usar técnica de autocateterização da bexiga <i>Uso adequado da técnica de autocateterização da bexiga</i>		
	Outro:		
	<b>Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem</b>	<b>Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem</b>	
		Avaliar <b>capacidade</b> para autocontrolo: continência urinária	
		Avaliar <b>capacidade</b> para usar técnica de autocateterização da bexiga	
		Instruir sobre autocontrolo: continência urinária	
		Instruir sobre uso da técnica de autocateterização da bexiga	
		Treinar o uso do autocontrolo: continência urinária	
		Treinar o uso da técnica de autocateterização da bexiga	
		<b>Potencial para melhorar capacidade</b> para o autocontrolo: continência urinária	
	<b>Capacidade</b> para autocontrolo: continência urinária, melhorada		
	<b>Potencial para melhorar capacidade</b> para executar a técnica de autocateterização da bexiga		
	<b>Capacidade</b> para executar a técnica de autocateterização da bexiga, melhorada		

Figura

4- padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação do autocontrolo: continência urinária -dimensão da aprendizagem e capacidades

Na implementação inicial do plano de exercícios recomendado na literatura, a pessoa é orientada a contrair os músculos por 10 segundos seguidos de relaxamento por outros 10 segundos, repetindo esse ciclo por até 10 minutos, três a quatro vezes ao dia. É crucial ensinar à pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino, com uma bexiga cheia pode enfraquecer os músculos pélvicos e aumentar o risco de contrair uma infeção do trato urinário. Explicar que os exercícios podem ser feitos em qualquer posição: deitado, sentado e de pé, no entanto, é recomendado iniciar deitado, pois é mais fácil realizar os exercícios. Com a prática, é normal a pessoa querer fazer as contrações de forma mais rápida, mas isso não deve acontecer, porque o ideal é que cada contração seja bem controlada para que tenha o efeito esperado, e informar que os resultados normalmente só são perceptíveis após 4 a 6 semanas de prática (Newman, 2014; Ribeiro, 2021)

Em situações de IU, as abordagens terapêuticas variam conforme o tipo específico de IU: na IU de urgência: recomenda-se a realização de exercícios de Kegel, treino vesical, ajuste de hábitos, modificações na alimentação e na ingestão de líquidos, além de mudanças no vestuário ; na IU de esforço: o plano de intervenção inclui exercícios de Kegel

e treino de hábitos; na IU funcional: o tratamento abrange técnicas como micção imediata, treino de hábitos, treino vesical e ajustes ambientais; IU por refluxo: A intervenção recomendada é a auto-cateterização intermitente; IU total: Nestes casos, pode ser necessário o uso de cateterização vesical permanente ou dispositivos urinários; Alterações neurogénicas da bexiga: As intervenções incluem treino de hábitos, treino vesical e, se necessário, cateterização vesical intermitente (Abrams et al., 2017; Mendonça, 2012; Riley & Organist, 2014).

O sucesso a longo prazo de qualquer programa de reabilitação depende da adesão do utente e da sua família. Técnicas de educação em saúde podem ser eficazes para motivar e obter bons resultados na reeducação da continência urinária (Santos, 2016).

É responsabilidade do EEER planear e implementar estratégias de motivação para estimular o envolvimento e adesão do utente durante o processo. Esse papel permite compreender os hábitos, recursos e objetivos de vida do utente, ajudando-o a alcançar o seu nível de saúde. O EEER otimiza recursos externos e promove o desenvolvimento do potencial individual do utente, auxiliando na reacquirição da autonomia, especialmente em relação à continência urinária (Santos, 2016).

Os registos em sclinico que temos atualmente na instituição onde decorre este estágio, não estão corretamente padronizados e não traduzem as intervenções que são realizadas pelo EEER em benefício do utente.

The screenshot displays the Sclinico software interface for patient management. The main window shows a list of interventions for a patient with urinary incontinence. A 'Lista de Fenómenos' (List of Phenomena) dialog box is open, listing various self-control categories. The main table lists interventions with their dates and times.

Foco de Atenção	Data	Hora	Termo
Presidência	20-06-2024	23:25	
Medida de Pressão	20-06-2024	23:25	
Fluxão dos Tecidos	20-06-2024	23:25	
CUIDADO	20-06-2024	23:25	
Cuidado: Higiene	20-06-2024	23:25	
Cuidado: Uso do Sanitário	20-06-2024	23:25	
posicionar-se	20-06-2024	23:26	
Estado Nutricional	20-06-2024	23:26	
micção	20-06-2024	23:26	
micção	20-06-2024	23:26	
Eliminação Intestinal	20-06-2024	23:33	
Eliminação Urinária	20-06-2024	23:33	
Auto	26-06-2024	02:16	

The dialog box 'Lista de Fenómenos' contains the following items:

- Enc. [auto%]
- Classificação
- Autocontrolo: Aniedade
- Autocontrolo: Medo
- Autocontrolo: Agressividade
- Autocontrolo: Comportamento abusivo
- Autocontrolo: Distorção do Pensamento
- Autocontrolo: Infecção
- Autocontrolo: Incontinência Intestinal
- Autocontrolo: Incontinência Urinária
- Auto Cancelo

Figura 5- Fenómeno em Sclinico – autocontrolo Incontinência urinária

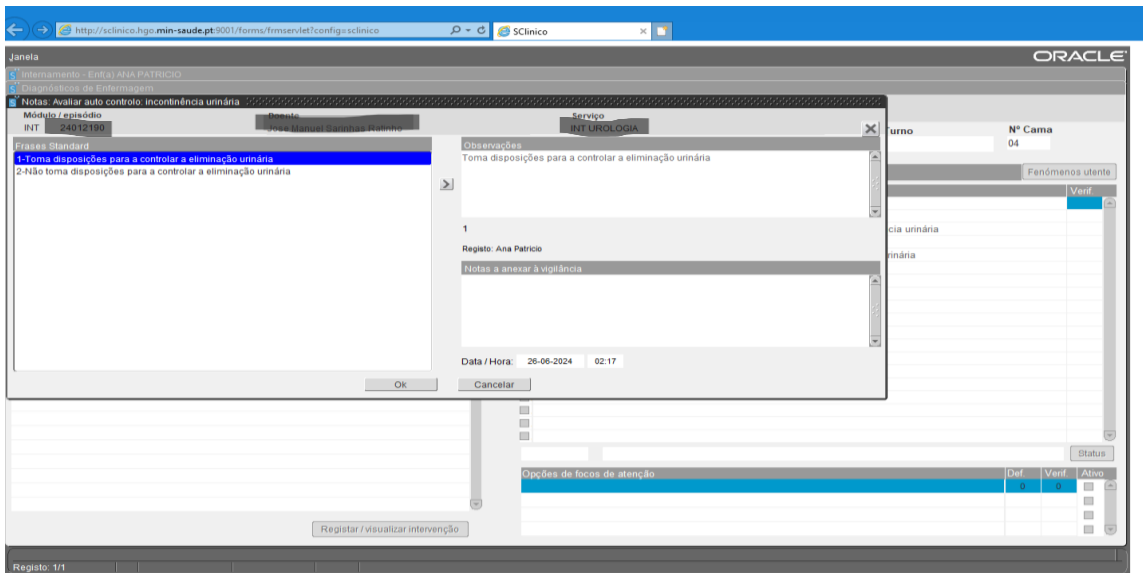


Figura 6- Fenómeno em Sclínico – Avaliar autocontrolo Incontinência urinária

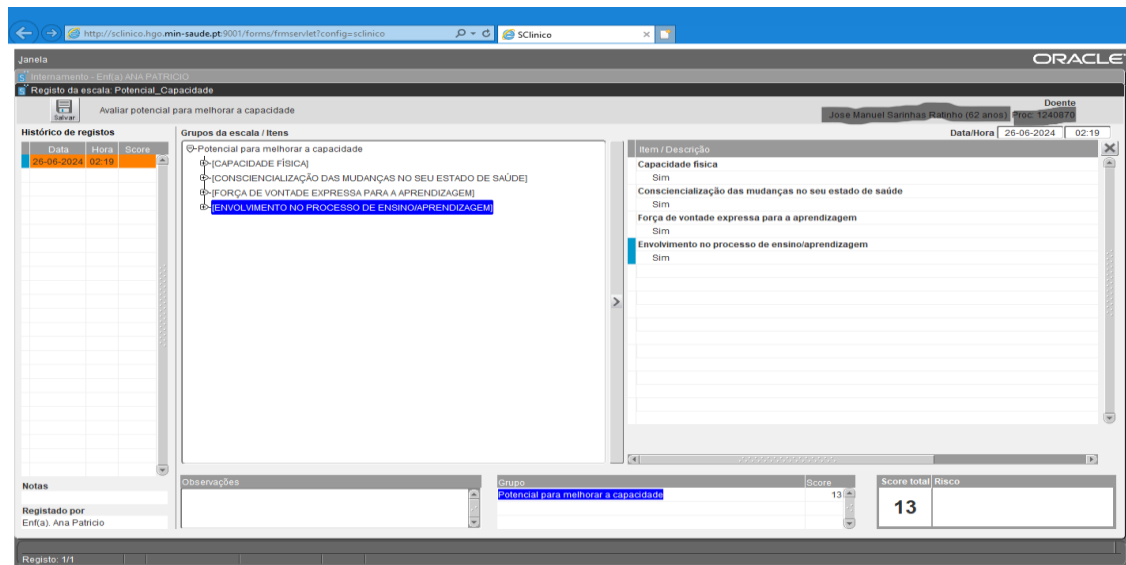


Figura 7- Fenómeno em Sclínico – Avaliar potencial para melhorar a capacidade

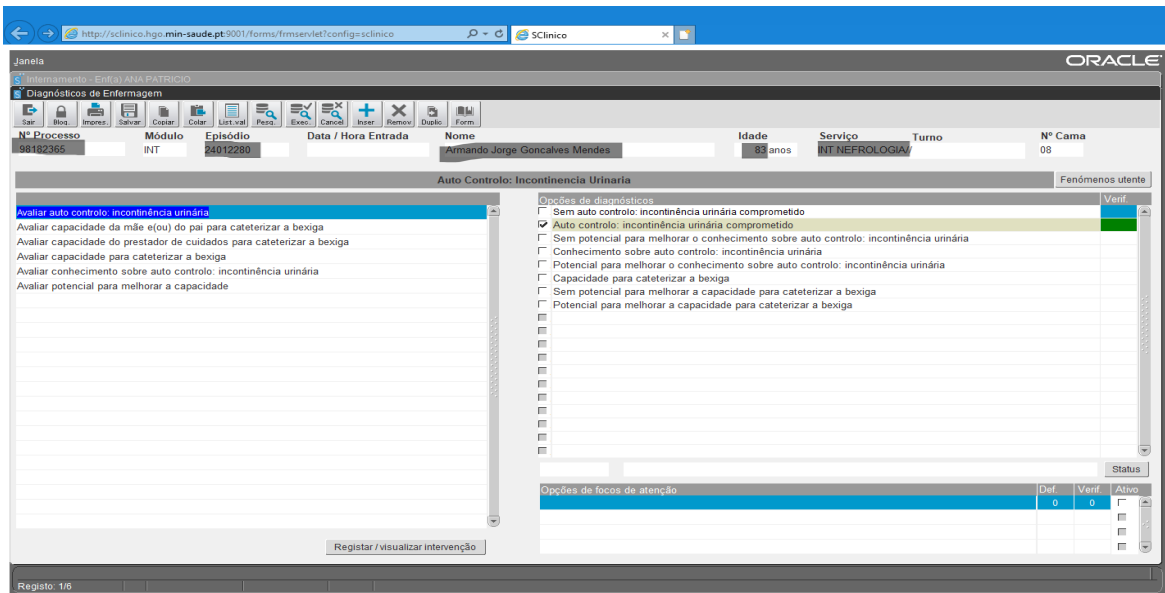


Figura 8- Fenómeno em Sclínico – Avaliar autocontrole incontinência urinária comprometido

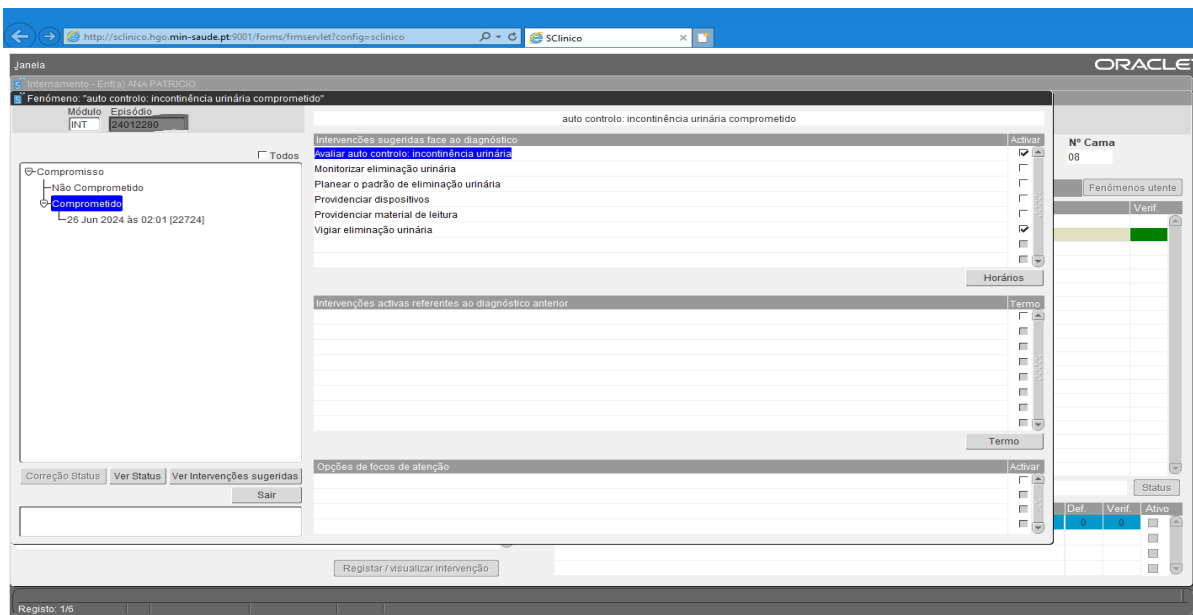


Figura 9- Fenómeno em Sclínico – autocontrole incontinência urinaria comprometido – intervenções sugeridas face ao diagnóstico

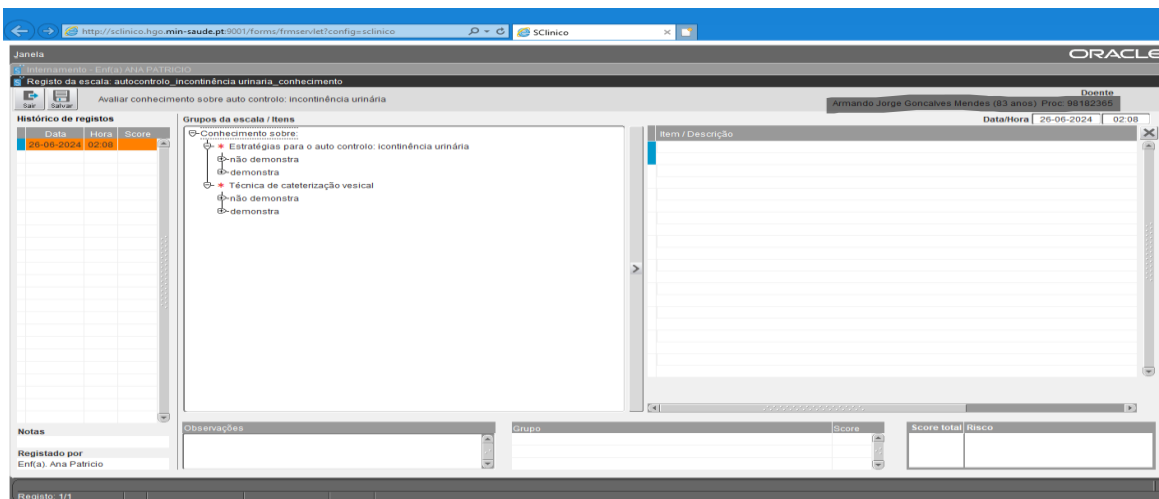


Figura 10- Fenómeno em Sclínico – Avaliar conhecimento sobre autocontrole incontinência urinaria

## 9. Construção do Programa de Enfermagem de Reabilitação para a Pessoa autocontrole continência urinária ineficaz

O programa de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com autocontrole continência urinária ineficaz, deve utilizar escalas apropriadas, orientando a seleção de exercícios baseados na individualidade biológica, no diagnóstico e nos critérios terapêuticos. Recomenda-se incluir certos exercícios nas Atividades de Vida Diária para melhorar os resultados do programa e focar na funcionalidade.

## 10. Programa de reabilitação

Este programa é constituído pelo plano de exercícios de fortalecimento dos MPP e por modificações comportamentais como: reforço da ingestão hídrica durante o dia e redução a partir da hora do jantar (19h); treino miccional através da programação das idas à casa de banho 2/2 horas durante o dia e 4/4 horas durante a noite (Abrams et al.,2017; Ribeiro, 2021).

O plano de exercícios de fortalecimento dos MPP podem ter a duração de aproximadamente 20 minutos, e devem ser executados pelos EEER 2 vezes por dia, uma no período da manhã e outra no período da tarde. Podem ser usados adjuvantes dos exercícios como a bola suíça ou outros (Ribeiro, 2021).

Os exercícios de treino da MPP são realizados na posição deitada, sentada e ortostática. Os alongamentos promovem a flexibilidade e o equilíbrio, alongando os músculos e contrariando a hiperatividade da musculatura.

Às pessoas com hipoatividade muscular do pavimento pélvico recomenda-se exercícios que tonifiquem a musculatura, promovendo a força e para isso podem ser realizados os exercícios de Kegel, que consistem na contração e no relaxamento dos MPP, normalmente

em ciclos variáveis de cinco a dez segundos. Promovem a tonificação dos músculos do pavimento pélvico, favorecendo um melhor controlo da uretra (Abrams et al.,2017; Ribeiro, 2021).

Os exercícios de Pilates ajudam a fortalecer os MPP, aumentando a sua força e resistência, o que ajuda a controlar melhor os músculos da bexiga e os esfíncteres urinários, que também ajuda a manter os órgãos internos na posição correta, e que têm vindo a ser associados aos exercícios de kegel, descritos por vários autores como benéficos, com melhoria significativa dos sintomas de IU, da consciência do seu corpo, da postura, da respiração e da propriocepção dos MPP. Assim como o exercício de agachamento, considerado como um exercício completo que fortalece os glúteos, coxas, parte posterior das pernas e abdómen e ajuda a fortalecer os MPP, ajudando a controlar a IU. Seguidamente, serão descritos alguns exercícios e a forma como são realizados (An et al.2023; Culligan et al., 2010; Pediriali et al.,2016).

### 10.1 Exercícios no leito

#### 1. Contração isométrica dos glúteos:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica rápida dos músculos dos glúteos, manter esta posição de contração por 6 a 10 segundos, e repetir 3 a 5 vezes.



## 2. Contração isométrica dos abdominais:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica de todo o abdómen e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A contração do abdómen é feita como se afundasse o umbigo contra a superfície de apoio e fazendo com que a região lombar fique cada vez mais pressionada contra esta superfície.

Realizar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



## 4. Contração Isolada Perineal:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Faça uma contração perineal isolada e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A Contração Isolada é o movimento de segurar voluntariamente a micção para evitar a perda de urina, sendo que assim, toda a musculatura da região é contraída.



### 3. Retroversão pélvica:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Instruir o utente a inspirar profundamente e durante a expiração realizar o movimento de retroversão pélvica (empurrar a bacia para frente). Este movimento de empurrar a bacia para frente ocorre quando se contrai o abdómen e os glúteos ao mesmo tempo, isto empurra o umbigo para baixo e a bacia gira para frente fazendo um movimento de bascula em torno de um eixo imaginário que cruza os dois lados da bacia. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.

### **5. Kegel:**

Utente em decúbito dorsal membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo. Realizar a contração isolada perineal, a contração do abdómen e a contração dos glúteos (músculos do pavimento pélvico) Manter estas 3 contrações de 6 a 10 segundos e depois relaxar toda a região. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



## 6. Adução deitado:

Flexão coxofemoral e dos joelhos. realiza a adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. O movimento consiste em comprimir o objeto e relaxar. Contraindo a musculatura do pavimento pélvico (MPP) e relaxa logo em seguida. Repete o movimento 10 vezes e podem ser feitos diariamente.

Pode ser uma contração rápida ou sustentada (contraí MPP e mantém a contração por 5 segundos e relaxa por 10 segundos. Repete o movimento 10 vezes).

O EEER posiciona-se ao lado do utente, apoiando os joelhos.



### **7. Elevação pélvica:**

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico, contrai os MPP e sustem por 10 segundos. Depois relaxa os MPP e glúteos e baixa a bacia lentamente. Repete o movimento 10 vezes. Pode-se iniciar com uma série de 8 a 10 repetições e com o tempo ir aumentando o número de séries para 2 a 3.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



### **8. Elevação pélvica com adução:**

Elevação da bacia com adução com uma resistência entre os joelhos. Essa resistência pode ser uma bola ou uma almofada. Eleva a bacia e a lombar deixando o corpo apoiado apenas nos ombros e nos pés e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O EEER posiciona-se ao lado do utente, estabiliza a bacia e os joelhos.



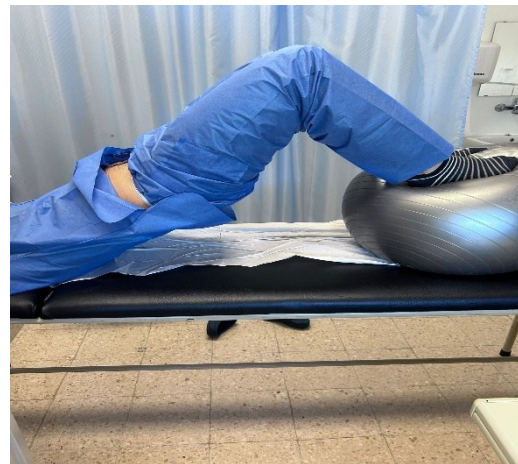
### **9. Elevação pélvica com elevação dos pés:**

O utente realiza a extensão da bacia e lombar com os pés elevados e apoiados na bola suíça. Com os joelhos em extensão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



### **10. Elevação pélvica com apoio dos pés:**

O utente realiza a extensão da bacia e da lombar com os pés apoiados na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito, contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



### **11. Elevação pélvica unilateral:**

O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico.

Posteriormente levanta uma das pernas do leito, mantendo a posição de elevação pélvica com contração dos MPP durante 5 segundos.

O utente alterna movimentos entre cada perna, 10 vezes.

O EEER apoia uma das pernas se necessário.



### **12. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e elevação do pé:**

Uma perna fica sobre a bola suíça com elevação do pé, e o utente levanta a bacia e a outra perna com apoio do EEER e contrai os MPP por 5 segundos. Mantendo os ombros e braços no leito, volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



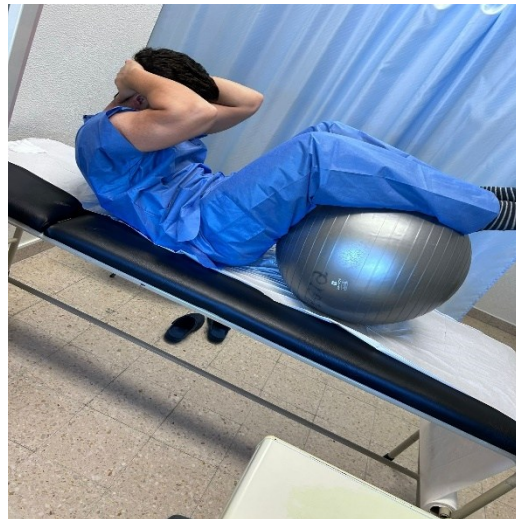
**13. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e com apoio do pé:**

O utente realiza a extensão da bacia e lombar com o pé apoiado na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 5 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



**13.Reforço anterior com bola suíça:**

Em decúbito dorsal e com os membros inferiores apoiados em 90º graus na bola e as mãos posicionadas atrás da cabeça. No momento da expiração realiza a flexão do tronco cerca de 30 graus realizando a contração dos músculos do períneo. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



### 13. Em decúbito lateral:

Com um membro superior em extensão e o outro em flexão, joelhos fletidos e membros inferiores em adução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Na mesma posição lateral, manter os pés juntos e abduzir o membro inferior que não está em contato com a superfície até a amplitude máxima possível, sem rotacionar o tronco. Nessa posição, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

(Ribeiro, 2021)



## 10.2. Exercícios em Posição sentado

### 1. Fazer o exercício Kegel sentado numa cadeira:

Contrair os músculos pélvicos por 5 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos.

### 2. Relaxar os músculos por 10 segundos:

Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descansarem por 10 segundos.

### 3. Repetir este exercício 10 vezes.

Contrair por 5 segundos, descansar por 10 e contrair por mais 5 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

4. **Para obter resultados:** o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os nas suas AVD. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.



O utente deve ter como meta conseguir manter os músculos contraídos por 10 segundos. A cada semana de treino, aumentar 1 ou 2 segundos. Assim que alcançar os 10 segundos de contração contínua, fazer apenas 3 a 4 repetições, com o descanso de 10 segundos entre uma série e outra.

## **2.Fazer o exercício Kegel e de propriocepção sentado na bola suíça:**

Contrair os músculos pélvicos por 5 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos. Dar a indicação para inclinar-se para frente e para trás. Quando se inclina para frente, vai sentir melhor a região anterior dos músculos pélvicos, quando se inclina para trás vai sentir os músculos pélvicos posteriores.

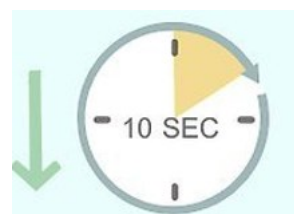
### **2. Relaxar os músculos por 10 segundos:**

Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descansarem por 10 segundos.

### **3. Repetir este exercício 10 vezes:**

Contrair por 5 segundos, descansar por 10 e contrair por mais 5 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

**4. Para obter resultados:** o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os

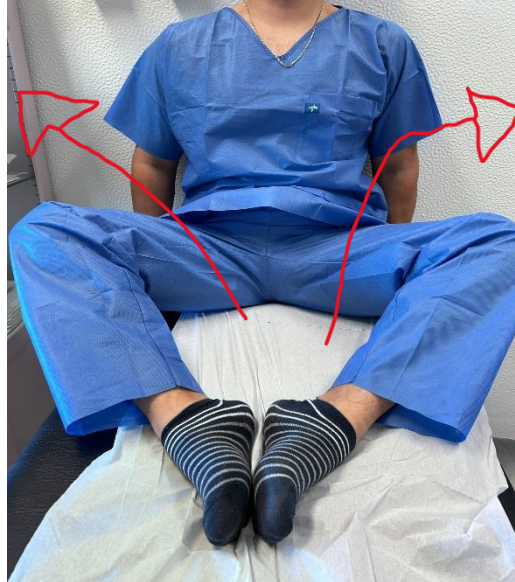


nas suas AVD. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.

### **3.Exercício de Borboleta:**

Utente em posição de sentada com a coluna apoiada na parede e com as pernas fletidas e em adução.

Na expiração deve realizar a abdução das pernas com contração isolada perineal e contração do abdómen. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



#### **4. Alongamento de uma perna:**

Sentar-se na parte anterior da bola com a coluna neutra e alinhada verticalmente. Colocar os joelhos a 90 graus e os pés à largura da bacia e braços descontraídos ao longo do tronco ou com as mãos levemente apoiadas nas pernas. Contrair os MPP focando-se na respiração e levantar o calcanhar até deixar a ponta do pé em contacto com o chão. Com a anca estável e nivelada, eleve o joelho até um ângulo confortável e sem mexer a bola, alongue a perna. Volte a fletir o joelho e regresse à posição inicial. Repita cada perna num total de dez vezes.

(Ribeiro, 2021)



### **10.3. Exercícios em Posição ortostática**

#### **1- Adução de pernas em pé:**

Em pé, com os membros superiores em adução e os inferiores em abdução, colocar uma bola entre os joelhos. Realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas

por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Em pé, com os membros superiores em adução e os inferiores em adução, coloque uma bola entre os joelhos fletidos. Realize contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.



## 2. Agachamento com adução de pernas:

O utente deve realizar o movimento de agachamento normal, mas com uma bola pequena ou almofada entre as pernas e encostada na parede. Inicia-se em pé e faz o movimento de adução, agacha dobrando os joelhos para a frente, e mantém a coluna ereta enquanto continua pressionando o objeto.

Volta à posição inicial e repete 10 vezes.

O ideal no exercício de agachamento é além de empurrar os pés no chão, também contrair os músculos do pavimento pélvico durante o exercício como forma de reduzir a sobrecarga.



### **3. Exercício com cadeira:**

Na posição de pé numa cadeira, com os membros superiores em extensão e os inferiores em abdução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.

Na mesma posição, elevar o corpo apoiando-se nos dedos dos pés, realizando novamente contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos.



# INDICADORES

---

## 1. Indicadores de Estrutura

Fazem parte dos instrumentos, recursos disponíveis e ambiente físico em meio organizacional:

- Bola Suíça
- Bola espuma
- Horas de enfermagem de reabilitação/doente/dia;
- Nº de doentes com autocontrolo continência urinária ineficaz num período;
- Norma de Procedimento que oriente para a construção do Programa de Reabilitação da pessoa com danos neurológicos e com alteração do autocontrolo continência urinária ineficaz.

## 2. Indicadores de Processo

Referem-se à maneira como os cuidados são prestados de forma oportuna, visando prevenir o risco de desenvolvimento de um determinado diagnóstico.

## 3. Indicadores de Resultado

Indicam os objetivos dos cuidados para mudar o estado de saúde atual ou futuro dos utilizadores, avaliando a eficácia na prevenção de complicações e melhorias nas escalas de status com taxa de ganhos, visando a prevenção, resolução ou melhoria do estado de saúde.

- Número de doentes com autocontrolo continência urinária ineficaz que resolveram o diagnóstico e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, durante um determinado período / Número total de doentes com autocontrolo continência urinária ineficaz no mesmo período X 100.
- Número de doentes com autocontrolo continência urinária ineficaz que não resolveram a incontinência urinária, mas também não agravou o seu estado, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada durante um determinado período / Número total de doentes com autocontrolo continência urinária ineficaz no mesmo período X 100.

### **Taxa de prevalência:**

Número de casos com autocontrolo incontinência ineficaz documentados durante um dado momento / período População existente nesse momento / período

### **Taxa de incidência:**

Número de novos casos de autocontrolo continência urinária ineficaz documentados durante um determinado período / População total existente nesse período X 100.

**Taxa de frequência relativa:**

Número de casos documentados de autocontrolo continência urinária ineficaz em um determinado período / Total de casos (internamentos / utentes) existentes no mesmo período X 100 (OE, 2015).

## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A & Wein, A. (2017). *Incontinence*. (6 ed.) Bristol, UK: International Continence Society Bristol. Disponível: [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)

An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2023). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, 55(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>

Arco, H., Costa, A. & Mestrinho, N. (2017). Incontinência urinária e quedas no idoso: Contributos para uma revisão da literatura. *Revista Hospitalidade*, 81 (315), 34-40

Associação Portuguesa de Urologia. (2018). Urologia em 10 minutos. Disponível: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Uro-10-min.pdf>

Avery, J. C., Braunack-Mayer, A. J., Stocks, N. P., Taylor, A. W. & Duggan, P. (2013). Psychological perspectives in urinary incontinence: a metasynthesis. *A Women's Health*, 1-10. Disponível: <https://ro.uow.edu.au/sspapers/3791>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Culligan, P. J., Scherer, J., Dyer, K., Priestley, J. L., Guignon-White, G., Delvecchio, D., & Vangeli, M. (2010). A randomized clinical trial comparing pelvic floor muscle training to a Pilates exercise program for improving pelvic muscle strength. *International urogynecology journal*, 21(4), 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-1046-z>

Direção Geral de Saúde. (2016). *Norma no 013/2016 de 28 de outubro de 2016*. Regras de Prescrição de Dispositivos Médicos na Retenção/Incontinência em Idade Pediátrica e no Adulto. Direção Geral de Saúde. Disponível: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-naRetencao\\_Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/09/Regras-de-Prescricao-de-Dispositivos-Medicos-naRetencao_Incontinencia-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf)

Faria, F., Menezes, A., Rodrigues, A., Ferreira, A. & Bolsas, C. (2014). Incontinência urinária e noctúria: prevalência e impacto sobre qualidade de vida em idosas numa Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro*, 17(1):17-25

Ferreira, M; Peres, M. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 2 (3) 68–75. DOI 10.33194/rper.2020.v3.s2.10.582

Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Loures: Lusociência.

Marques-Vieira, C; sousa,L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1 ed. Loures: Lusodidacta

Mendonça, T. (2012). Disfunções Miccionais. Uropatia Obstrutiva Baixa. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo, N. Domingues (coords). *Enfermagem em Urologia* (pp. 36-50). Lisboa: Lidel.

Ministério da saúde. (2018). - Incontinência urinária. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/incontinencia-urinaria>>

Newman, D.K. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urologic Nursing*, 34(4), 193-202. doi 10.7257/1053-816X.2014.34.4.193

OMS. (2021). Rehabilitation. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>>.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Regulamento n.º 392/2019: Diário da República, 2ª série* (85). Disponível: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>

Pedriali, F. R., Gomes, C. S., Soares, L., Urbano, M. R., Moreira, E. C. H., Averbek, M. A., & de Almeida, S. H. M. (2016). Is pilates as effective as conventional pelvic floor muscle exercises in the conservative treatment of post-prostatectomy urinary incontinence? A randomised controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 35(5), 615–621. Disponível em : <https://doi.org/10.1002/nau.22761>

Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P., Hall, A. (2018). *Fundamentos de Enfermagem*. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Redol, F., & Rocha, C. (2017). Avaliação da Função Eliminação. In C. Marques-Vieira, L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp.189 – 202). Loures: Lusodidacta

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas*. 1ºEd. Lisboa: Lidel

Ribeiro, O., Moura, I., Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48–55). Lisboa: Lidel

Riley, M. & Organist, L. (2014). Streamlining biofeedback for urge incontinence. *Urologic Nursing*, 34 (1), 193-202

Santos, C. (2012). Reeducação Perineoesfincteriana. In M.M. Silva, A. Duarte, J. Galo & N. Domingues (coord.), *Enfermagem em Urologia* (pp. 166-170). Lisboa: Lidel

Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins. *Patient education and counseling*, 90(1), 4–11. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>

Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2008). Aparelho Urinário. In: *Anatomia e Fisiologia*. 8ª (ed) 26

Simpson P. (2015). Prostatectomy: information provision and education for patients. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 24(9), S24–S28. Disponível: <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24>

Zanetti, M. R., Castro, R.deA., Rotta, A. L., Santos, P. D., Sartori, M., & Girão, M. J. (2007). Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 125(5), 265–269. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500003>



## 12. ANEXOS

ICIQ-UI Short Form

Initial number:

CONFIDENTIAL

Today's date: DAY  MONTH  YEAR

Many people leak urine some of the time. We are trying to find out how many people leak urine, and how much this bothers them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

1 Please write in your date of birth: DAY  MONTH  YEAR

2 Are you (tick one): Female  Male

3 How often do you leak urine? (Tick one box)

never  0  
 about once a week or less often  1  
 two or three times a week  2  
 about once a day  3  
 several times a day  4  
 all the time  5

4 We would like to know how much urine you think leaks. How much urine do you usually leak (whether you wear protection or not)? (Tick one box)

none  0  
 a small amount  2  
 a moderate amount  4  
 a large amount  6

5 Overall, how much does leaking urine interfere with your everyday life? Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 not at all a great deal

ICIQ score: sum scores 3+4+5

6 When does urine leak? (Please tick all that apply to you)

never - urine does not leak   
 leaks before you can get to the toilet   
 leaks when you cough or sneeze   
 leaks when you are asleep   
 leaks when you are physically active/exercising   
 leaks when you have finished urinating and are dressed   
 leaks for no obvious reason   
 leaks all the time

Thank you very much for answering these questions.  
 Copyright © ICQ Group

Figura- Versão em português do ICIQ-UI-SF

ICIQ-UI-SF

Número inicial:

CONFIDENTIAL

DATA de HOJE: DIA  MÊS  ANO

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda. Ficamos agradecidos se pudessem responder às seguintes perguntas, atendendo a como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 Data de Nascimento: DIA  MÊS  ANO

2 Sexo: Feminino  Masculino

3 Com que frequência perde urina? (assinale uma opção)

Nunca   
 Uma vez por semana ou menos   
 Duas ou três vezes por semana   
 Uma vez ao dia   
 Diversas vezes ao dia   
 O tempo todo

4 Que quantidade de urina perde normalmente (preste a usar proteção ou não)? (assinale uma opção)

Nenhuma   
 Uma pequena quantidade   
 Uma moderada quantidade   
 Uma grande quantidade

5 De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária? Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Nada muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3+4+5=

6 Quando é que perde urina? (Assinale todas as opções que se aplicam)

Nunca   
 Perco antes de chegar à casa de banho   
 Perco quando tussos ou espirro   
 Perco quando estou a dormir   
 Perco quando estou a fazer exercícios físicos   
 Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me   
 Perco sem razão óbvia   
 Perco o tempo todo

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas


APÊNDICE 6 – Sessão de formação: Enfermagem de  
Reabilitação na pessoa com incontinência urinária

1

HOSPITAL Garcia de Orta EPE  
Aprendizagem a Distância

EGAS MONIZ SCHOOL OF HEALTH & SCIENCE

## Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Autocontrolo da Continência Urinária Ineficaz



2º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola superior de Saúde Egas Moniz


Neurocirurgia I - 2024

Alunos:  
Ana Patrícia Ciarro  
Miguel Cunha

2

### Índice:

- Introdução
- Objetivos
- Diagnóstico de Situação
- Anatomia-fisiologia do aparelho urinário
- Incontinência urinária: Repercussões, tipos e avaliação
- Intervenções do EEER na promoção da continência urinária
- Construção de um plano de reabilitação



3

### Introdução

- Este trabalho surge no âmbito de estágio clínico do 2º Curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
- No início do estágio verificou-se que a reabilitação de utentes com incontinência urinária necessitava de novos procedimentos de implementação e avaliação.
- Para dar-mos início ao processo foi necessário um diagnóstico de situação inicial.



4

### Objetivos

- Avaliar a presença de incontinência urinária e classificá-la a nível da tipologia;
- Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- Divulgar comportamentos, estratégia e intervenções promotores da continência urinária a adotar junto da pessoa.

5

### Diagnóstico de situação

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa internada na enfermaria durante o período de colheita de dados;</li> <li>• Apresentar incontinência urinária;</li> <li>• Obedecer a comandos simples;</li> <li>• Compreender o que lhe é dito;</li> <li>• Ter capacidade de realizar os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos;</li> <li>• Ser capaz de cumprir hidratação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar continência urinária;</li> <li>• Não consegue obedecer a comandos simples;</li> <li>• Não compreender o que lhe é dito;</li> <li>• Pessoas com cateterismo vesical;</li> <li>• Pessoas com bexiga neurogénica (ex: TVM);</li> <li>• Ser incapaz de cumprir hidratação.</li> </ul>

6

#### Idade



Médias Idades = 75,16 anos

#### Género



F: 2, M: 4

#### Patologia Vesical/Prostática/ IU prévia



Não: 4, Sim: 2


#### Medicação relacionada com a IU



Não: 4, Sim: 2

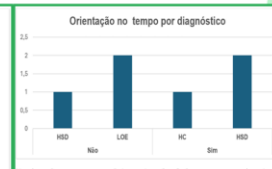
7

#### GCS



• 14 / 15

#### Orientação no tempo por diagnóstico



Na orientação espaço e pessoa não houve alterações. Os 6 utentes estavam orientados.

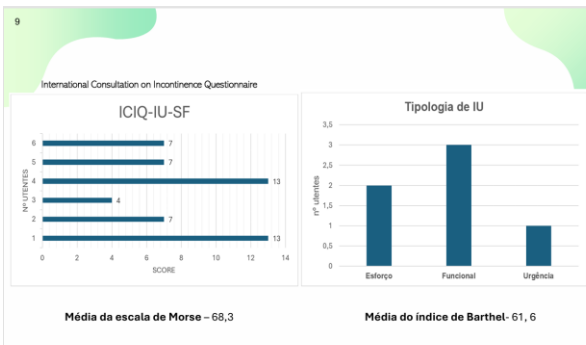
8

#### Força Muscular MSS



#### Força Muscular MIFS





10

### Anatomo-fisiologia do Aparelho urinário

- Composto por: Rins, ureteres, bexiga e uretra.
- Bexiga:** Órgão muscular oco, formada pelo músculo detrusor e pelo trigono (onde passam os ureteres e uretra).
- O **esfincter interno** localizado no colo vesical, é composto por musculo liso e é autônomo.
- O **esfincter externo** é composto por músculo esquelético e está sob controle voluntário, permitindo evitar a micção.
- Os **músculos do pavimento pélvico**, conferem suporte à bexiga e uretra. A sua contração voluntária contribui para a continência ao comprimir, alongar e elevar a uretra.

11

### Autocontrolo urinário

- O reflexo da micção é mantido por um arco reflexo que envia impulsos sensoriais desde a bexiga até à região sagrada S3.
- Se a pessoa decide não urinar, o centro da micção no lobo frontal envia mensagens inibitórias bloqueando a contração do detrusor e o relaxamento do esfíncter.
- O enchimento da bexiga vai transmitir sinais que vão ser processados no cérebro e vai ser gerada uma resposta reflexa enviando sinais de volta para a bexiga a partir da medula. A continência envolve a inibição ativa do arco reflexo completo.
- A continência urinária define-se como a capacidade que a bexiga tem em conseguir armazenar urina, sem que existam perdas, mesmo que exista um esforço físico intenso ou vontade de urinar.

12

### Autocontrolo urinário - Ineficaz

- Surge de forma involuntária. A pessoa deixa de conseguir armazenar e controlar a saída de urina.
- De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a IU é um problema de saúde pública. Existem mais de 200 milhões de pessoas no mundo com este problema (Zanetti et al., 2007).
- Em Portugal a Associação Portuguesa de Urologia (2018), refere que existem aproximadamente mais de 600 mil pessoas com IU. Apenas uma pequena percentagem (10%) solicita ajuda.

13

### Incontinência Urinária - Repercussões

**Envelhecimento:** a capacidade da bexiga diminui, assim como a pressão máxima de encerramento uretral em que há um atraso na sensação de vontade de urinar. Isso em conjunto com o aumento das contrações involuntárias do detrusor e o risco de infeções urinárias, dificulta o controlo voluntário da micção.

**Comorbilidades associadas:** prolongamento do internamento, infeções do trato urinário, complicações do uso prolongado de cateteres urinários e dermatites de contato por lesões na pele devido à humidade e acidez da urina, úlceras por pressão, risco aumentado de quedas devido à urgência urinária

14

### Incontinência Urinária - Tipos

- Transitória/ Aguda:** ligada a uma condição médica ou cirúrgica aguda que se resolve quando a causa subjacente é tratada.
- Estabelecida/ Crónica:** resulta de anomalias na estrutura ou função do trato urinário ou do sistema neurológico, afetando o armazenamento da urina, o esvaziamento ou ambos, muitas vezes com início gradual. Os tipos identificados incluem incontinência de esforço, de urgência, mista, funcional, por requisição e retenção urinária.

(Abrams et al., 2017; Gray & Moore, 2012)

15

### Incontinência Urinária - Avaliação

- Recolha de informação sobre as perdas:** duração, sintomas, antecedentes pessoais e familiares, medicação atual, histórico das queixas (início, duração, frequência, período do dia), fatores precipitantes, sensação de plenitude vesical antes e após urinar, e capacidade de adiar a micção.
- Investigar outros sintomas como disúria e hematúria, questionar a gestão da perda de urina e se a pessoa já participou em algum programa de treino, questionar a perceção sobre suas perdas de urina e o impacto na qualidade de vida, utilizando o questionário **International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-IU-SF)**.

16

### Intervenções do EEER na promoção da CU

- O EEER desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de medidas preventivas e manutenção das capacidades funcionais.
- A implementação de programas de reabilitação deve fornecer cuidados de enfermagem que incluam a redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do período de internamento e possíveis reinternamentos, facilitação da reintegração na família e sociedade e promover a maior satisfação.

17

ANEXO DOCUMENTAL: CONDIÇÕES DE ENTREVISTA DE ENTREVISTADOS DE ENTREVISTA DE REALIZAÇÃO (CATEGORIA DE ENTREVISTADOS DE REALIZAÇÃO)

**AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA URINÁRIA**

Resumo

Atividade

Condições

Entrevista

18

ANEXO DOCUMENTAL: CONDIÇÕES DE ENTREVISTA DE ENTREVISTADOS DE ENTREVISTA DE REALIZAÇÃO (CATEGORIA DE ENTREVISTADOS DE REALIZAÇÃO)

Resumo

Atividade

Condições

Entrevista

19

ANEXO DOCUMENTAL: CONDIÇÕES DE ENTREVISTA DE ENTREVISTADOS DE ENTREVISTA DE REALIZAÇÃO (CATEGORIA DE ENTREVISTADOS DE REALIZAÇÃO)

Resumo

Atividade

Condições

Entrevista

20

ANEXO DOCUMENTAL: CONDIÇÕES DE ENTREVISTA DE ENTREVISTADOS DE ENTREVISTA DE REALIZAÇÃO (CATEGORIA DE ENTREVISTADOS DE REALIZAÇÃO)

Resumo

Atividade

Condições

Entrevista

21

Intervenções do EEER na promoção da CU


**Técnicas comportamentais:** visam reduzir a frequência e intensidade dos episódios de IU. Pretende-se que a pessoa consciencialize a diferença entre a percepção da necessidade de urinar e o ato de urinar.:

- **Treino Vesical:** utilizar a distração e técnicas de relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após desejo da micção.
- **Treino de hábitos (micção temporizada):** estabelece-se um horário para urinar voluntariamente, antes que a bexiga esteja completamente cheia.
- **Micção imediata:** em pessoas com alterações cognitivas. Consiste em responsabilizar a pessoa pela gestão da sua micção e incontinência, perguntando regularmente se a roupa está molhada ou não.

22

Intervenções do EEER na promoção da CU

**Exercícios do pavimento pélvico:** complemento eficaz que fortalecem a uretra e aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas. Ajudam a pessoa a identificar e utilizar corretamente os músculos para controlar a continência. Melhoram a resistência da uretra, favorecendo o seu fechamento e fortalece a musculatura peri-uretral voluntária e pélvica.



23

Intervenções do EEER na promoção da CU

- A pessoa é orientada a contrair os músculos por 10 segundos seguidos de relaxamento por outros 10 segundos, repetindo esse ciclo por até 10 minutos, três a quatro vezes ao dia. É crucial ensinar à pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino
- Os exercícios podem ser feitos em qualquer posição: deitado, sentado e de pé, no entanto, é recomendado iniciar deitado
- Os resultados normalmente só são perceptíveis após 4 a 6 semanas de prática.

(Newman, 2014; Ribeiro, 2021)

24

Intervenções do EEER na promoção da CU

- **IU de urgência:** Recomenda-se a realização de exercícios de Kegel, treino vesical, ajuste de hábitos, modificações na alimentação e na ingestão de líquidos, além de mudanças no vestuário.
- **IU de esforço:** O plano de intervenção inclui exercícios de Kegel e treino de hábitos.
- **IU funcional:** O tratamento abrange técnicas como micção imediata, treino de hábitos, treino vesical e ajustes ambientais.
- **IU por refluxo:** A intervenção recomendada é a auto-cateterização intermitente.
- **IU total:** Nestes casos, pode ser necessário o uso de cateterização vesical permanente ou dispositivos urinários.
- **Alterações neurogênicas da bexiga:** As intervenções incluem treino de hábitos, treino vesical e, se necessário, cateterização vesical intermitente.

(Abrams et al., 2017; Mendonça, 2012; Riley, Orgelst, 2014)



## Programa de reabilitação – Exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico

### 1. Contração isométrica dos glúteos:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica rápida dos músculos dos glúteos, manter esta posição de contração por 6 a 10 segundos, e repetir 3 a 5 vezes.

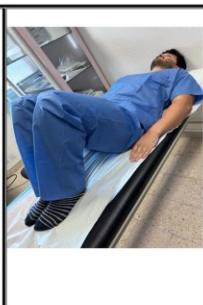


### 2. Contração isométrica dos abdominais:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica de todo o abdômen e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A contração do abdômen é feita como se afundasse o umbigo contra a superfície de apoio e fazendo com que a região lombar fique cada vez mais pressionada contra esta superfície.

Realizar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



### 3. Retroversão pélvica:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Instruir o utente a inspirar profundamente e durante a expiração realizar o movimento de retroversão pélvica (empurrar a bacia para frente). Este movimento de empurrar a bacia para frente ocorre quando se contrai o abdômen e os glúteos ao mesmo tempo, isto empurra o umbigo para baixo e a bacia gira para frente fazendo um movimento de bacia em torno de um eixo imaginário que cruza os dois lados da bacia. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



### 4. Contração Isolada Perineal:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Faça uma contração perineal isolada e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A Contração Isolada é o movimento de segurar voluntariamente a micção para evitar a perda de urina, sendo que assim, toda a musculatura da região é contraída. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



## Programa de reabilitação – Exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico

### 1. Contração isométrica dos glúteos:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em extensão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica rápida dos músculos dos glúteos, manter esta posição de contração por 6 a 10 segundos, e repetir 3 a 5 vezes.

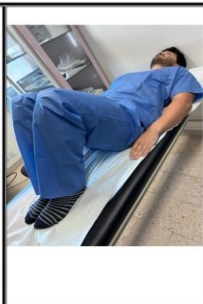


### 2. Contração isométrica dos abdominais:

Utente em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão e membros superiores em extensão ao lado do corpo.

Realizar a contração isométrica de todo o abdômen e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A contração do abdômen é feita como se afundasse o umbigo contra a superfície de apoio e fazendo com que a região lombar fique cada vez mais pressionada contra esta superfície.

Realizar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



### 3. Retroversão pélvica:

Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Instruir o utente a inspirar profundamente e durante a expiração realizar o movimento de retroversão pélvica (empurrar a bacia para frente). Este movimento de empurrar a bacia para frente ocorre quando se contrai o abdômen e os glúteos ao mesmo tempo, isto empurra o umbigo para baixo e a bacia gira para frente fazendo um movimento de bacia em torno de um eixo imaginário que cruza os dois lados da bacia. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



### 4. Contração Isolada Perineal:

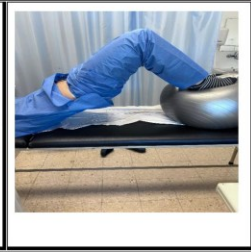
Em decúbito dorsal, membros inferiores em flexão braços em extensão ao lado do corpo. Pode ser realizado também com os membros inferiores em extensão. Faça uma contração perineal isolada e mantenha esta contração por 6 a 10 segundos. A Contração Isolada é o movimento de segurar voluntariamente a micção para evitar a perda de urina, sendo que assim, toda a musculatura da região é contraída. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



**9. Elevação pélvica com elevação dos pés:**  
O utente realiza a extensão da bacia e lombar com os pés elevados e apoiados na bola suíça. Com os joelhos em extensão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



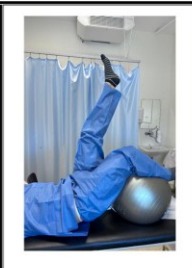
**10. Elevação pélvica com apoio dos pés:**  
O utente realiza a extensão da bacia e da lombar com os pés apoiados na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito, contrai os MPP por 10 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes.



**11. Elevação pélvica unilateral:**  
O utente levanta a bacia do leito, mantendo um alinhamento lombar e pélvico. Posteriormente levanta uma das pernas do leito, mantendo a posição de elevação pélvica com contração dos MPP durante 5 segundos. O utente alterna movimentos entre cada perna, 10 vezes. O EEER apoia uma das pernas se necessário.



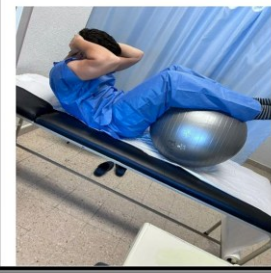
**12. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e elevação do pé:**  
Uma perna fica sobre a bola suíça com elevação do pé, e o utente levanta a bacia e a outra perna com apoio do EEER e contrai os MPP por 5 segundos. Mantendo os ombros e braços no leito, volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



**13. Elevação pélvica unilateral com bola suíça e com apoio do pé:**  
O utente realiza a extensão da bacia e lombar com o pé apoiado na bola suíça. Com os joelhos em flexão eleva a bacia, mantendo os ombros e braços no leito e contrai os MPP por 5 segundos. Volta à posição inicial e repete 10 vezes para cada perna.



**14. Reforço anterior com bola suíça:**  
Em decúbito dorsal e com os membros inferiores apoiados em 90º graus na bola e as mãos posicionadas atrás da cabeça. No momento da expiração realiza a flexão do tronco cerca de 30 graus realizando a contração dos músculos do períneo. Executar 2 séries de 5 repetições, mantendo a contração por 6 a 10 segundos.



**15. Em decúbito lateral:**  
Com um membro superior em extensão e o outro em flexão, joelhos fletidos e membros inferiores em adução, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos. Na mesma posição lateral, manter os pés juntos e abduzir o membro inferior que não está em contato com a superfície até a amplitude máxima possível, sem rotacionar o tronco. Nessa posição, realizar contrações rápidas dos MPP (3-5 vezes), seguidas por uma contração mantida por 6-8 segundos. (Ribeiro, 2021)



1. Fazer o exercício Kegel sentado numa cadeira.  
Contrair os músculos pélvicos por 3 segundos. Se o utente tiver dificuldade em manter os músculos contraídos por esse tempo, comece com 2 ou 3 segundos.

2. Relaxar os músculos por 10 segundos.  
Entre uma série e outra de contrações, deixar os músculos descontraídos por 10 segundos.

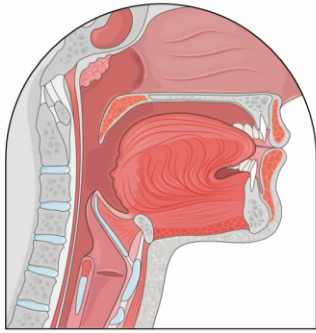
3. Repetir este exercício 10 vezes.  
Contrair por 3 segundos, descontrair por 10 e contrair por mais 3 segundos novamente. Repetir este ciclo por 10 vezes. Realizar no máximo 3 a 4 repetições desse ciclo.

4. Para obter resultados: o utente deve praticar os exercícios três a quatro vezes por dia, introduzindo-os no seu dia-a-dia. Fazer uma série de manhã, uma à tarde e outra à noite.





APÊNDICE 7 – Sessão de formação: Reeducação da deglutição:  
técnicas e manobras



# Reeducação da Deglutição

## Técnicas e Manobras

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação – 2º ano

Miguel Selidónio Cunha

Enfº Orientador – Gonçalo Geraldo

UCCI Rainha Dona Leonor, Lisboa - 2024

### Índice:

- **Objetivos**
- **O processo de deglutição**
- **Reeducação da deglutição**
- **Exercícios de fortalecimento muscular**
- **Espessantes**

## Objetivos:

- Destacar a importância de uma deglutição adequada para a saúde geral dos pacientes.
- Demonstrar quais as técnicas e manobras que podem ser aplicadas para melhorar a segurança e a eficácia da alimentação dos pacientes, reduzindo o risco de aspiração e outras complicações.
- Informar os profissionais de técnicas e manobras de deglutição, garantindo que a equipe tenha o conhecimento necessário para apoiar pacientes com dificuldades de deglutição.

## A Deglutição

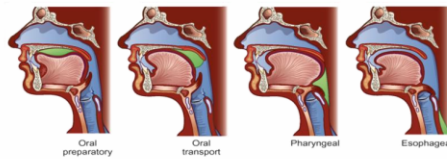
---

- Processo natural e automático, mas complexo.
- Está dependente de ações neuromusculares voluntárias e involuntárias coordenadas, sendo que a região anatômica onde ocorre é compartilhada pelo sistema respiratório.
- Consiste na condução dos alimentos desde a cavidade oral até ao estômago desempenhado o papel principal na **manutenção do aporte nutricional e hidratação do organismo.**

## A Deglutição

Depende de várias estruturas:

- Estruturas **externas** compreendem os lábios, cavidade oral, palato, língua e garganta.
- Estruturas **internas** compreendem ossos como o hioide, esenoide, mandíbula e vértebras cervicais; músculos como os constritores faríngeos e os responsáveis pela mastigação e os nervos cranianos.
- Pode ser dividida em 4 fases.



(Silva, 2016)

## A Deglutição

Quando há dificuldade ou incapacidade de deglutir os alimentos



**Disfagia**  
*dys* (dificuldade) + *phagien* (comer)




Complicação incapacitante

- Diminuição do aporte nutricional adequado
- Diminuição do aporte hídrico adequado
- Aumento do risco de aspiração, podendo eventualmente levar ao desenvolvimento de **pneumonias**

 Depressão

 Isolamento Social

 Perda de prazer na alimentação

(Menoita, 2012)

## Sinais de alerta de disfagia

- Tosse
- Dispneia
- Sensação de engasgamento
- Tentativa de limpar a garganta/ Pigarrear
- Redução do controlo oral do alimento
- Recusa alimentar
- Voz molhada
- Regurgitação nasal
- Odinofagia
- Febre sem causa aparente
- Saída de saliva pela boca
- Resíduos alimentares na boca



Branco, 2017

## Reeducação da deglutição

### Objetivos:

- Prevenção e redução de complicações
- Melhoria da Qualidade de vida
- Melhorar segurança e eficiência da deglutição
- Recuperação ou melhoria da força muscular
- Promoção da autonomia

Pessoas sem défices de compreensão e/ou coordenação motora e que não apresentem alterações na proteção da via aérea!



**Técnicas Posturais**

**Manobras de deglutição**

## Técnicas Posturais

- Estratégias utilizadas para modificar a postura do corpo ou da cabeça durante a alimentação, com o objetivo de melhorar a segurança e a eficiência da deglutição.
- Minimizar passagem de resíduos para a via aérea inferior.

1. Flexão cervical
2. Extensão cervical
3. Rotação cervical para o lado afetado
4. Flexão lateral para o lado são

(Pelletier e Steele, 2013)

## Técnicas Posturais

- **Flexão cervical**
  - As vias aéreas ficam cobridas pela epiglote, impedindo a passagem e acumulação de resíduos.
- **Extensão cervical**
  - Diminui tempo de trânsito oral, por ação da gravidade.
  - Facilita propulsão do bolo alimentar para a faringe, mas o risco de aspiração é maior.
  - Indicado em pessoas com ausência de estruturas orofaríngeas



## Técnicas Posturais

- **Rotação cervical para lado afetado**
  - Realiza pressão externa sobre uma prega vestibular, melhorando encerramento da via aérea inferior.
  - Promove melhor controle do bolo alimentar
  - Indicado em pessoas com alterações musculares unilaterais.
- **Flexão lateral para lado são**
  - Direciona o bolo alimentar para a hemifaringe sem alterações motoras/sensitivas.
  - Indicado em pessoas hemiparesias da face e com disartria.



Rotação



Lateralização

## Manobras de deglutição

- Vão melhorar a segurança e a eficiência do processo de deglutição
- Aplicadas para promover o controlo voluntario da pessoa em aspetos específicos da deglutição.
- Não pode ser utilizado em pessoas com baixo nível cognitivo, exigem esforço e causam rapidamente fadiga.
- Podem ser associadas a técnicas posturais.

1. Deglutição supraglótica

2. Deglutição super-supraglótica

3. Deglutição forçada

4. Manobra de Mendelson

5. Manobra de Masako

## Manobras de deglutição

---

- **Manobra supra-glótica**

Inspirar + realiza apneia + deglute (engole) + Tossir

- **Manobra super-supra-glótica (técnica de valsava)**

Inspiração forçada + apneia enquanto realiza força + deglute (engole) + Tossir

- Melhora encerramento da laringe
- **Contraindicado** em pessoas com hemiparesias, condições cardíacas e pulmonares.

## Manobras de deglutição

---

- **Deglutição forçada**

• Solicita-se que a pessoa degluta sob o comando verbal “engolir forte” de forma a contrair todos os músculos orofaríngeos.

- Permite aumentar a retração da língua e a pressão faríngea durante a deglutição, diminuindo os resíduos após a deglutição.
- Melhora a propulsão do bolo alimentar.
- Indicado em pessoas com redução dos movimentos da faríngea e em que seja visível a presença de resíduos.

## Manobras de deglutição

- **Manobra de Mendelshon**

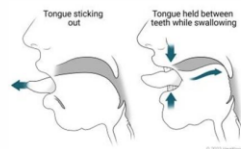
- É pedido à pessoa que mantenha voluntariamente a laringe elevada durante a deglutição. A pessoa deve prender a mesma, sustentando-a com o auxílio da sua mão, durante 2 segundos.
- Permite aumentar o movimento da laringe e do osso hioide durante a fase faríngea, prolongando assim a abertura do esfíncter esofágico superior.
- Permite reduzir os resíduos após a deglutição.



## Manobras de deglutição

- **Manobra de Masako**

- Consiste em puxar a base da língua para a frente, prendendo a língua entre os dentes (incisivos) e deglutindo com a língua nessa posição.
- Força os músculos glossofaríngeos a contrair mais, melhorando a mobilidade da faringe.
- Só deve ser realizado com deglutições secas (saliva)



## Exercícios de fortalecimento muscular

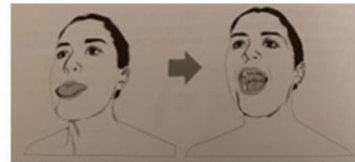
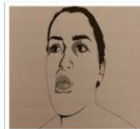
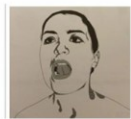
- Promovem o fortalecimento e coordenação dos músculos e das estruturas integrantes no processo de deglutição.
- Pode demorar cerca de 1 a 6 semanas até de evidenciarem resultados.
- Os exercícios devem ser personalizados de acordo com as necessidades específicas do paciente.
- O treino pode realizar-se 30 minutos antes das principais refeições.
- Deve-se repetir o movimento 5-10 vezes, 5 a 10 sessões diárias.

**O treino de coordenação entre respiração e deglutição também é importante para prevenir aspiração!!**

## Exercícios de fortalecimento muscular

**Lábios:** Protrair, retrain, lateralizar, assobiar, movimento de beijinho, segurar espátula com os lábios.

**Língua:** superversão interna, lateralização, rotação interna, protusão, empurrar contra resistência

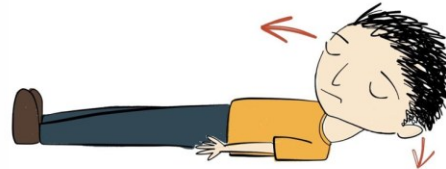


## Exercícios de fortalecimento muscular

---

**Mandíbula:** aberturas e alongamentos.

**Laringe:** exercício de falsete, exercícios de shaker.



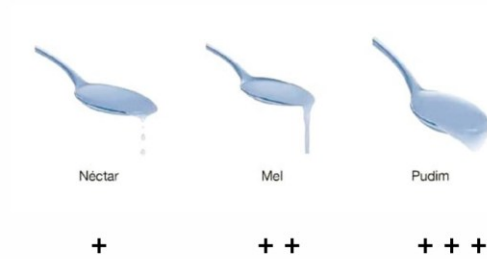
## Espessantes

---



## Espessantes

- Estratégia amplamente utilizada em situações de disfagia.
- Alteram a consistência dos líquidos tornando-os mais fáceis e seguros de ingerir.



## Espessantes

Facilitação da Deglutição

Prevenção da Aspiração

Melhoria do Controlo do Bolo Alimentar



# Obrigado!

---

## Referências Bibliográficas

- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- Wilkinson, J. M., Codipilly, C., & Wilfahrt, R. P. (2021). *Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management* (Vol. 103, Issue 2).
- Silva, A. (2016). *UNIVERSIDADE DO PORTO Modelação de um Software para Análise Qualitativa e Quantitativa da Deglutição Orofaringea por Videofluoroscopia Dissertação do Mestrado em Informática SETEMBRO 2016*.
- Branco, C. & Portinha, S. (2017). *Disfagia no Adulto- da teoria à prática*. Lisboa: Papa-Letras

APÊNDICE 8 – Sessão de formação: Cuidar a pessoa com demência: Comunicação e Relacionamento

# CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA



## MÓDULO 2 COMUNICAÇÃO E RELACIONAMENTO

## Sumário

Comunicação

- Processos de Comunicação
- Tipos de Comunicação
- Estilos de Comunicação

Alterações da comunicação na pessoa com demência

Estratégias de comunicação na demência

Gestão de conflitos

- Gestão comportamental para o cuidador



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

3

## Comunicação

A palavra deriva do latim communicare, que significa “partilhar” ou “tornar comum”;

(Conceito.de, 2011)

É um processo social que tem como objetivo a transmissão de uma mensagem  
A comunicação é universal e inevitável e encontram-se envolvidos diferentes sentidos e capacidades.

Através da comunicação é construída a individualidade de cada indivíduo e estabelecimento de relações interpessoais.

(Figueiredo, et al., 2016)

4

## Comunicação

### A comunicação permite-nos:

- Trocar informações, ideias
- Partilhar ou transmitir informações, ideias, sentimentos e experiências
- Estabelecimento de relações
- Demonstra quem somos

### Apresenta um papel fundamental:

- Partilha e aprendizagem
- Interação Social
- Desenvolvimento Cultural
- Utilização do elemento da comunicação Linguagem

(Sequeira, 2018)

5

## Processo da comunicação

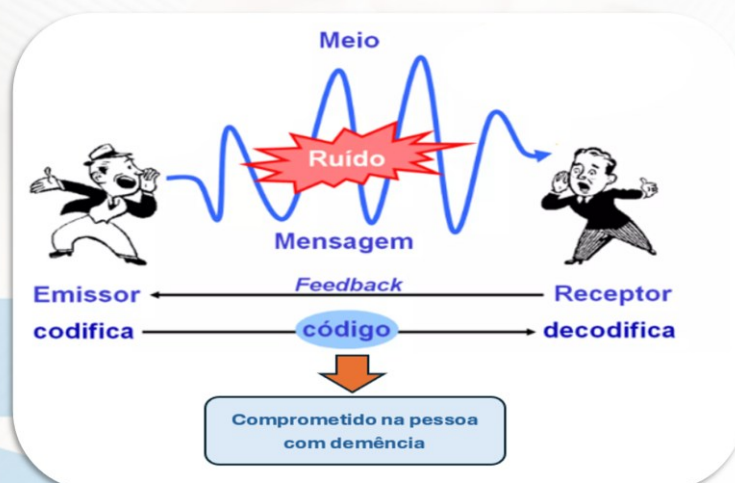
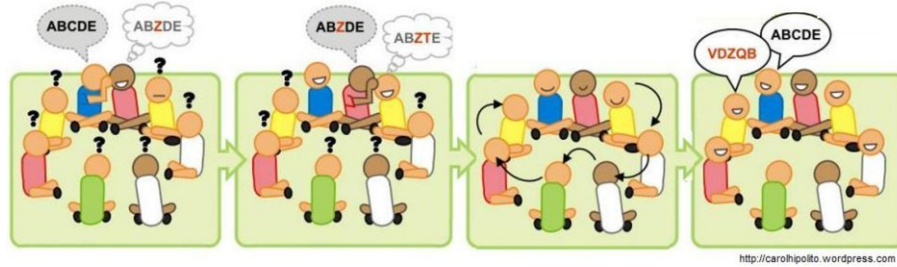


Imagem adaptada *Parrião, G & Silveira, B (2017) Processos de Comunicação*

6

# Jogo do “Telefone Estragado”



7

## Tipos de comunicação



### Comunicação Verbal

- Fala e escrita

### Comunicação não verbal

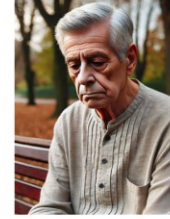
- Expressões
- Comportamentos
- Olhar
- Gestos
- Silêncio

8

## Comunicação não verbal

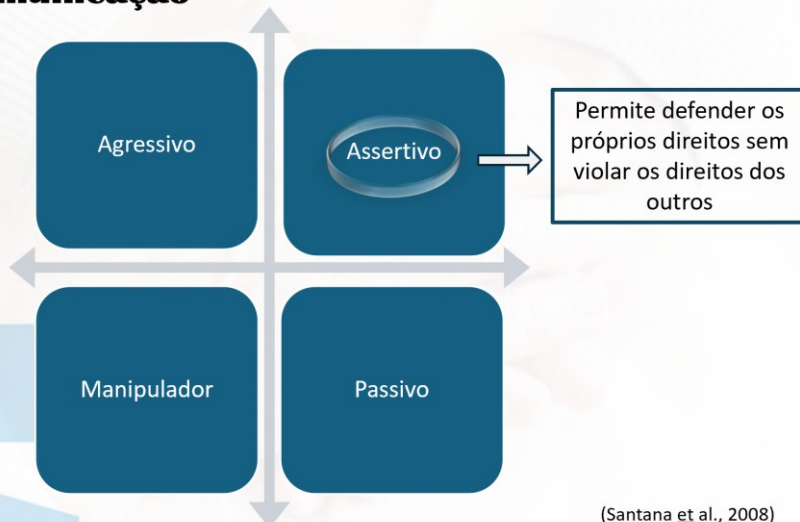
Devemos ter em conta:

- Espaço Pessoal
- Postura corporal
- Gestos
- Expressão Facial
- Contacto visual
- Utilização da voz



9

## Estilos da comunicação



(Santana et al., 2008)

10

# ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO NA PESSOA COM DEMÊNCIA

---

11

## Comunicação e Relacionamento

As alterações na comunicação resultam do declínio físico e funcional das áreas cerebrais envolvidas na linguagem, no processamento de informações e na interação social. A progressão e os tipos de impacto variam conforme o tipo e o estágio da demência.

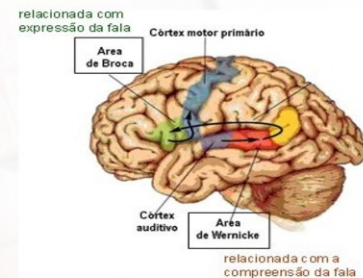
(Azevedo et al., 2010)

12

## Comunicação e Relacionamento

### Danos às áreas do cérebro ligadas à linguagem:

- **Área de Broca:** região cerebral envolvida na produção da fala e no planeamento da linguagem, localizada no lobo frontal esquerdo, no giro frontal inferior.
- **Área de Wernick:** região cerebral responsável pela compreensão da linguagem, localizada no lobo temporal esquerdo, próxima ao giro temporal superior.



(Bear, 2020)

13

## Comunicação e Relacionamento

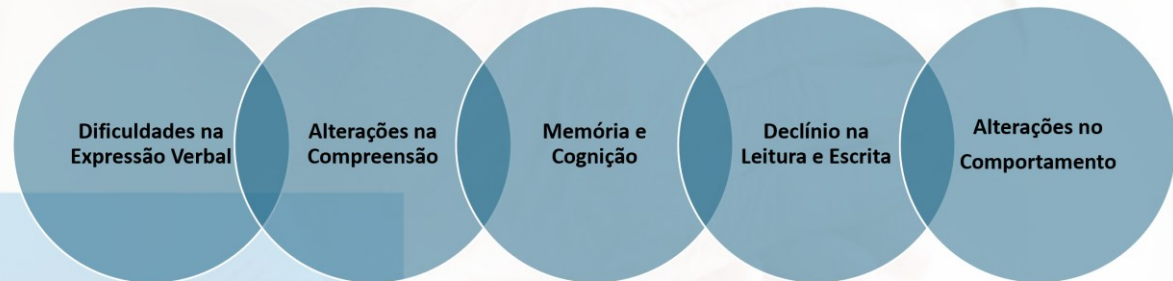
### Tipos de demência mais comuns e as suas características específicas na linguagem:

- **Doença de Alzheimer:** Perda de memória, desorientação, dificuldade em resolver problemas e/ou encontrar palavras, alterações de humor;
- **Demência Frontotemporal:** Desinibição social, apatia, comportamentos repetitivos, afasia progressiva, capacidade de julgamento diminuída, impulsividade;
- **Demência Vascular:** Dificuldade de concentração; perda de memória, apatia, ansiedade, alterações emocionais súbitas, desorientação, dificuldade em resolver problemas e/ou encontrar palavras;
- **Demência com Corpos de Lewy:** Perda de memória, confusão, alucinações, flutuações cognitivas, apatia, expressão facial reduzida;

14

## Comunicação e Relacionamento

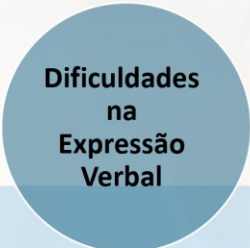
Alterações na comunicação:



15

## Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:



Dificuldades  
na  
Expressão  
Verbal


- **Procura de Palavras:** Esquecimento frequente de palavras simples, substituindo-as por descrições ou palavras erradas;
- **Discursos Repetitivos:** Repetição de palavras, frases ou histórias (associado também à perda de memória);
- **Frases Incompletas:** Dificuldade em estruturar frases ou concluir pensamentos. Lacunas de Informação.

(Lima, 2014; Ortiz,2005)

16

## Comunicação e Relacionamento

### Alterações na comunicação:



#### Alterações na Compreensão

- **Dificuldade em Compreender Frases Complexas:** Palavras ou frases abstratas ou metafóricas tornam-se confusas;
- **Interpretação Literal:** Perda da capacidade de compreender piadas, sarcasmos ou metáforas (ex.provérbios).

(Morais, 2009)

## Comunicação e Relacionamento

### Alterações na comunicação:



#### Memória e Cognição

- **Perda de memória:** Mudança de assunto/ alterações rápidas nos tópicos da conversa sem lógica aparente;
- **Diminuição da atenção:** Dificuldade em seguir uma conversa;
- **Lentidão cognitiva:** Abandono de frases ou confusão sobre o assunto, com perda da linha de raciocínio.

(Smith, 2010)

## Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Declínio na  
Leitura e  
Escrita

- **Escrita Confusa ou Ilegível:** A escrita pode tornar-se desorganizada;
- **Dificuldade em Ler:** A leitura de textos complexos ou mesmo simples pode ser comprometida.

(Ortiz, 2005)

19

## Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Alterações no  
Comportamento

- **Frustração ou Irritabilidade:** Resultantes da dificuldade em se expressar ou ser compreendido. (Agressividade em casos extremos);
- **Comunicação Não Verbal:** Aumenta a dependência de expressões faciais, gestos ou toque para transmitir emoções;

(Savundranayagam, 2005)

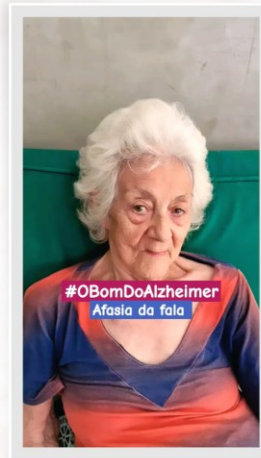
(Soares, 2019)

20

## Comunicação e Relacionamento

Alterações na comunicação:

Alteração do  
Comportamento



21

## Comunicação e Relacionamento

### Impacto Emocional e Psicológico

- A frustração, ansiedade ou depressão associadas à demência podem inibir a vontade de se comunicar;
- Alterações de humor e comportamentos sociais inadequados dificultam as interações interpessoais.

(Savundranayagam, 2005)

- As alterações de linguagem observadas em indivíduos com demência acometem a atividade comunicativa, provocando, na maior parte, o isolamento e o aumento do risco de institucionalização precoce.

(Araújo, 2015)

22

# Jogo das Palavras Perdidas

- Peça a um participante que descreva algo comum, sem usar palavras-chave óbvias;
- Os outros tentam adivinhar;

**Objetivo:** Discutir a dificuldade e como os cuidadores podem ajudar as pessoas que enfrentam este tipo de barreira.



23



## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA DEMÊNCIA



24

## Estilos de comunicação

- O confronto enfraquece o respeito.
- A calma preserva a harmonia.

Discurso Assertivo



Manipulador

Agressivo

Passivo

25

Comunicação adequada



- Facilita a interação com a pessoa com demência.
- Promove uma relação de confiança.

Comunicação não adequada



- Compromete o bem-estar da pessoa com demência.
- Compromete o bem-estar do cuidador.



## Vantagens de um discurso assertivo

- 1. Clareza na comunicação:** Facilita a compreensão da mensagem, reduzindo a confusão causada pela linguagem ambígua ou complicada;
- 2. Estímulo à confiança:** Transmite segurança e tranquilidade, ajudando a pessoa com demência a sentir-se mais confortável e menos ansiosa;
- 3. Respeito pela dignidade:** Um tom assertivo, mas respeitoso, promove o reconhecimento da pessoa como indivíduo, preservando a sua dignidade.

(Alzheimer Portugal, 2023)

27

## Vantagens de um discurso assertivo

- 4. Redução de conflitos:** Ajuda a evitar mal-entendidos ou reações negativas, promovendo uma interação mais positiva e eficaz;
- 5. Facilitação de respostas:** Um discurso direto e objetivo ajuda a pessoa a focar-se na informação essencial, promovendo melhores respostas dentro das suas capacidades;
- 6. Manutenção da relação:** Promove um ambiente de respeito mútuo, fortalecendo o vínculo entre o comunicador e a pessoa com demência.

(Alzheimer Portugal, 2023)

28

## Estratégias de comunicação verbal

- Usar frases curtas e simples;
- Abordar a pessoa pelo seu nome/ pelo nome que gosta de ser tratado;
- Não infantilizar;
- Fazer uma questão de cada vez e esperar pela resposta da pessoa, antes de colocar outra questão;
- Dar opções de escolhas, mas limitá-las;
- Evitar usar expressões “lembra-se” ou “Já lhe tinha dito” ou “outra vez?”.

29

## Estratégias de comunicação verbal

- Fazer perguntas simples que sejam respondidas apenas com “Sim” ou “Não”;
- Se a pessoa tiver dificuldade em articular uma palavra ou terminar a frase, pedir para explicar de outra forma;
- Evitar expressões vagas:  
ex. em vez de “Está ali” , utilizar antes “A sua bengala está ao lado da porta;
- Trocar perguntas por afirmações:  
ex. “O seu casaco está aqui”, em vez de “Precisa do seu casaco?”;
- Substituir expressões negativas por positivas:  
ex. “Faça assim”, em vez de “Não faça isso”;

30

## Estratégias de comunicação verbal

- Manter conversas sobre a estimulação dos sentidos:  
ex. “Sinta como é suave esta manta”/“Gosta do cheiro deste creme?”;
- Se não conseguir comunicar o que pretende, esperar e tentar mais tarde;
- Se não consegue compreender o discurso da pessoa, procure interpretá-lo com base no que já conhece acerca dela. Não contrariando a pessoa;
- Repetir as vezes que forem necessárias, independentemente de já ter respondido.

31

## Estratégias de comunicação não verbal

- Escute atentamente o que a pessoa lhe diz/tenta dizer;
- Manter SEMPRE o contacto visual;
- Utilizar expressões faciais que transmitam serenidade à pessoa: e.g. sorrir acenar com a cabeça;
- Esteja consciente da sua própria linguagem não verbal e evite movimentos bruscos: e.g. gestos, postura, movimentos corporais.

32

## Estratégias de comunicação não verbal

- Seja observadora, por forma a compreender as atitudes da pessoa;
- Evitar ruídos de fundo;
- Aproxime-se sempre pela frente, por forma a não assustar a pessoa;
- Respeite o espaço da pessoa.

## Abordagens comunicacionais

Terapia da  
Validação

Terapia da  
Reminiscência

Terapia da  
orientação  
para a  
realidade

## Terapia da validação

Entrar na realidade da pessoa, em vez de a tentar trazer à nossa realidade.

Exemplo:

- Uma utente internada numa instituição de saúde, sem perspectiva de alta, exclama: “A minha filha está lá em baixo à minha espera para eu me ir embora”. Em vez de lhe dizermos, “mas você não sai daqui hoje”, poderemos dizer “então vamos primeiro comer o pequeno almoço para depois se ir embora.” Desta forma, não se contraria a realidade da pessoa e cria-se um momento de distração.



(Camara, et al., 2009)

35

## Terapia da Reminiscência

- Rever acontecimentos passados.
- Recordar experiências anteriores, que sejam significativas para o utente, através do uso de estímulos sensoriais como fotografias, músicas, objetos, aromas e até histórias familiares



(Camara, et al. 2009).

36

## Terapia da orientação para a realidade

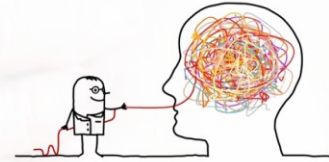
- Restabelecimento do contato da pessoa com o seu meio envolvente.

### Exemplos:

“Este lanche soube-me muito bem”  
(orientação para hora do dia)

“Adoro a época natalícia” (orientação para a época do ano)

“Está no seu quarto, Sr<sup>o</sup> Pedro” (orientação espacial).



(Camara, et al., 2009).

37

## O que não fazer!



- Discutir: Isso só irá tornar a situação pior.
- Dar ordens à pessoas.
- Dizer à pessoa o que não pode fazer. Em vez disso, diga-lhe aquilo que ela pode fazer.
- Utilizar modos intransigentes. Um tom de voz arrogante pode ser apreendido mesmo que a pessoa não compreenda as palavras, o que a poderá deixar mais perturbada.
- Falar da pessoa que está presente como se ela não estivesse.

(Alzheimer Portugal, 2023)

38

# GESTÃO DE CONFLITOS

(Gestão Comportamental para o Cuidador)



39

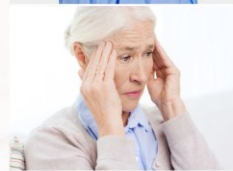
## Compreender o contexto e as causas do conflito

- Identificar gatilhos



Remover a ameaça

- Reconhecer emoções



40

## Jogo das Emoções

- Divida o grupo em pares;
- Entregue a cada pessoa uma emoção ou sentimento num papel (felicidade, frustração, tristeza, entre outros);
- A pessoa deve comunicar a emoção para o seu par sem usar palavras, apenas expressões faciais e linguagem corporal;
- O par tenta adivinhar a emoção;

**Objetivo:** Discutir como esses sinais podem ajudar na comunicação com pessoas com demência.



## Desescalamento



Termo coletivo que descreve uma gama de componentes interligados, incluindo comunicação, autorregulação, avaliação, ações e manutenção da segurança. O objetivo é extinguir ou reduzir a agressividade ou agitação da pessoa, independentemente da sua causa, e melhorar as interações entre a equipa e o doente, eliminando ou minimizando a necessidade de coerção ou restrição.

(Hallet & Dickens, 2017)

## Estratégias de desescalamento

- Manter uma atitude aberta em relação ao que a pessoa está a sentir;
- Controlar as próprias emoções e transmitir calma, mesmo perante a agressividade ou situações que provoquem inquietação;
- Recorrer à comunicação verbal/ não verbal, incluindo expressões de preocupação e escuta ativa;
- Estabelecer uma relação de confiança, garantindo que a pessoa se sente respeitada e valorizada.



## Estratégias de desescalamento

- Avaliar quando é necessária uma intervenção, considerando os riscos e a segurança envolvidos;
- Permitir que a pessoa expresse as suas necessidades e as razões da sua frustração;
- Oferecer atividades alternativas em concordância com os interesses e preferências da pessoa.



## Estratégias perante o conflito



45

## Problema comum – Querer ir para casa

1. Evitar dizer:
  - “Está em casa”
2. Investigar:
  - Necessidades não atendidas: fome, sede, necessidade de ir ao sanitário, cansaço.
  - Ambiente: ruidoso, presença de muitas pessoas ou movimentação constante.
3. Respostas alternativas:
  - “Oh, tem que chegar a casa. Há algo que precisa lá, ou apenas quer estar lá?”
  - “Vamos em frente...”

46

## O Autoconhecimento é Imperativo!

- Esteja consciente de como as suas palavras e ações afetam aqueles que vivem com demência;
- Promova um ambiente positivo e acolhedor, minimizando fatores de stress para a pessoa.



## O Autoconhecimento é Imperativo!



Priorize a formação da equipa, com enfoque em:

- Comunicação eficaz, compreendendo o comportamento como expressão de necessidades subjacentes;
- Reconhecimento de comportamentos e atitudes que possam desencadear respostas emocionais ou comportamentais na pessoa com demência.

# Caso Prático



# Caso Prático



## Caso Prático



51

## Caso Prático



52



## Caso Prático

---



## Caso Prático



“Lembra-te: antes de falares, é necessário que oiças e, só então, do fundo do teu coração, fales.”

(Madre Teresa de Calcutá)



55



## BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer Portugal (2023). A Comunicação. Lisboa: Alzheimer Portugal. Recuperado a 23 de outubro de 2023 em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-107-comunicacao>
- Associação Portuguesa de Familiares e amigos dos doentes de Alzheimer. (2019). Alzheimer Portugal. Obtido de <http://alzheimerportugal.org/>
- Conceito.de (2011). Conceito de comunicação. Recuperado a 23 de novembro de 2019 em <https://conceito.de/?s=comunica%C3%A7%C3%A3o>
- Dias, C & Gabriel, G. (n.d.). ASSERTIVIDADE: O QUE É, POR QUE É ÚTIL E COMO SE APRENDE? O que é o Comportamento Assertivo?. Gabinete de Apoio Psicopedagógico- Universidade Lisboa <https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/ful/institucional/gapsi/Assertividade.pdf>
- Figueiredo, D., Marques, A. & Barbosa, A. (2016). Demência. E Agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. Análise Psicológica.
- Grilo, A. M. (2024). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283-297. [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862012000200011](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200011)
- Hallet, N., & Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333.
- Lavelle, M., Ferreira, A. L., Dixen, S., Berring, L. L. (2024). De-Escalation in Mental Health Care Settings. *Coercion and Violence in Mental Health Settings*, 331-356. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4_15)

56



# BIBLIOGRAFIA

- NeuroSer. (3 de março de 2017). Quando a Comunicação Falha: Pequenas Dicas que Ajudam. Obtido de NeuroSer - cuidar, apoiar, inovar: <http://neuroser.pt/2017/03/03/quando-a-comunicacao-falha-pequenas-dicas-que-ajudam/>
- Parrião, G & Silveira, B ( 2017) *Processos de Comunicação*; Slideshare.
- Primo, F., & Buccì, S. (2020). *COMUNICAÇÃO ASSERTIVA COMO RECURSO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO AMBIENTE CORPORATIVO* (Empreendedorismo, Gestão e Negócios, Ed.)<https://fatece.edu.br/arquivos/arquivos-revistas/empreendedorismo/volume9/Fabiana%20Valerio%20Primo;%20Steffano%20Bucci.pdf>
- Rebol, M. (1 de março de 2016). Terapia de orientação para a realidade. Obtido de NeuroSer: <http://neuroser.pt/2016/03/01/terapia-de-orientacao-para-a-realidade/>
- Santana, R. F., Figueiredo, N. M. de A., Ferreira, M. A., & Alvim, N. A. T. (2008). A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 288–296. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000200010><https://pt.slideshare.net/slideshow/processos-de-comunicao-87186187/87186187>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2a ed). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda
- Whitlatch, C. J. & Orsulic-Jeras, S. (2017). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58 (1), 58-73. doi:10.1093/geront/gnx162

## APÊNDICE 9 – Estudo de Caso: Neurocirurgia

# **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

## **ESTUDO DE CASO: SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

**Miguel Selidónio Lopes Cunha**

**Almada 2024**

# **MESTRADO EN ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

## **ESTUDO DE CASO: SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA**

Trabalho submetido por

**Miguel Selidónio Lopes Cunha**

Trabalho orientado por

**Professora Ana Romão**

**Almada 2024**

**Lista de Siglas:**

ACA – Artéria comunicante anterior

AVC – Acidente vascular cerebral

CE – Crânio-encefálico

CM – Centímetros

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECG – Eletrocardiograma

FA – Fibrilação Auricular

GUS - Gugging Swallowing Screen

GS – Glasgow Score

HGO – Hospital Garcia de Orta

HSA – Hemorragia Subaracnoídea

KG - Kilograma

MRC – Medical Research Council

SNG – Sonda nasogástrica

SU – Serviço de Urgência

TC – Tomografia computadorizada

VMI – Ventilação mecânica invasiva

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

1.	Introdução.....	5
2.	Colheita de dados .....	6
3.	Exame físico e Avaliação funcional: .....	9
4.	Avaliação neurológica .....	11
4.1.	Estado Mental: .....	11
4.2.	Pares Cranianos.....	13
4.3.	Motricidade .....	15
4.4.	Sensibilidade: .....	19
4.5.	Equilíbrio e Marcha .....	20
5.	Avaliação da deglutição .....	21
6.	Autocuidado.....	23
7.	Plano de cuidados .....	26
8.	Conclusão.....	36
9.	Referências Bibliográficas .....	37

### **Índice de quadros:**

Quadro 1: Avaliação dos sinais vitais.....	107
Quadro 2: Avaliação do estado mental.....	109
Quadro 3: Avaliação dos pares cranianos. ....	111
Quadro 4: Avaliação da força muscular segundo a Medical Research Council (1976) .....	112
Quadro 5: Avaliação do tônus muscular através da escala de espasticidade de Ashworth, adaptado de Blackburn & Van Vliet (2002).....	114
Quadro 6: Escala de Berg, adaptado de Berg & Maki (1991).....	115
Quadro 7: Escala de avaliação do nível de dependência do autocuidado, adaptado de Granger et al. (1986) .....	119
Quadro 8: Índice de Barthel, adaptado de Mahoney & Barthel (1965) .....	119

## Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio inserido no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposta a realização de um estudo de caso que desenvolva as competências específicas da enfermagem de reabilitação.

O presente estudo de caso foi desenvolvido durante o período de estágio realizado num serviço de Neurocirurgia, tendo como base na sua criação a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) bem como o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação.

Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação o EEER "(...) tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas" (OE, 2011, pp 3).

Assim, com a realização deste estudo de caso pretende-se aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação tendo como base a prática baseada na evidência. Durante todo o processo de recolha de dados foram assegurados todos os aspetos éticos legais garantindo sempre a segurança do utente e sigilo profissional.

## 1. Colheita de dados

<b>Nome:</b>	JS
<b>Idade:</b>	75 anos
<b>Género:</b>	Masculino
<b>Etnia:</b>	Caucasiano
<b>Nacionalidade:</b>	Portuguesa
<b>Residência:</b>	Seixal
<b>Profissão:</b>	Reformado
<b>Estado Civil:</b>	Casado
<b>Condição habitacional:</b>	Reside num rés do chão, wc com banheira, desconhecem-se outras barreiras arquitetónicas.
<b>Condição familiar:</b>	Vive com esposa, filho mora perto e dá apoio.
<b>História de doença Atual:</b>	A 21/05/2024 por volta das 3h da manhã, utente recorre ao Serviço de Urgência (SU) do ██████████ transportado pela VMER, com queixas de cefaleia intensa, sonolência e vómitos manifestando hemiparesia do hemicorpo esquerdo e declínio do estado de consciência.
<b>Diagnóstico de Internamento:</b>	HSA (Hemorragia Subaracnoídea); Hidrocefalia; Aneurisma cerebral da ACA (Artéria comunicante Anterior).
<b>Antecedentes pessoais:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes Mellitus tipo II</li><li>• Adenocarcinoma da próstata</li><li>• Litíase Vesicular</li><li>• Nefrolitíase</li><li>• Hérnia do hiato</li><li>• Herniorrafia inguinal direita em 1977 e esquerda em 2017.</li><li>• Coxartrose bilateral</li><li>• Hidrocelo e Varicocele esquerdo</li></ul>
<b>Hábitos:</b>	Desconhece-se tabágicos ou de consumo de álcool.
<b>Alergias:</b>	Sem alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas.
<b>Nível de independência prévia:</b>	Previamente independente nas atividades da vida diária.
<b>Terapêutica de domicílio:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Metformina;</li><li>• Proteinosucinato de ferro</li><li>• Cianocobalamina</li><li>• Piridoxina</li><li>• Tiamina</li></ul>

## 1.1. Resumo de evolução clínica

Na admissão o doente foi levado para a sala de reanimação do SU e realizado breve exame neurológico inicial: Doente sonolento mas facilmente despertável. Inicialmente com Glasgow Score (GS) de 13 com abertura ocular espontânea, cumprindo ordens simples, com discurso inteligível, repetindo palavras mas incapaz de nomear e com disartria marcada. Consegue dirigir o olhar, pupilas isocóricas e fotoreativas. Simetria facial mantida apresentado protusão da língua centrada. Diminuição da força do membro superior esquerdo com força muscular na escala de MRC de Grau 3 e no membro superior direito com força muscular de grau 4, ambos os membros inferiores com força muscular de grau 2. Ainda na sala de reanimação doente inicia quadro de deterioração súbita do estado de consciência passando de GS 13 para 6 associado também a quadro de bradicardia com breve período de paragem respiratória, sem necessidade de iniciar manobras de reanimação, tendo revertido espontaneamente. Realiza ECG que revela fibrilação auricular (FA) com bloqueio completo do ramo direito.

A 21/05 utente realizou ainda Tomografia computadorizada Crânio-encefálica (TC CE) que revelou extensa hemorragia subaracnoídea e ligeira dilatação dos ventrículos laterais, admitindo-se aneurisma da ACA de 3,3 milímetros. Foi intervencionado cirurgicamente para hemóstase do aneurisma e colocação de Drenagem ventricular externa (DVE), sendo algaliado e colocado Sonda nasogástrica (SNG) e admitido no serviço de cuidados intensivos, sendo conectado a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

A 25/05 retirado TOT e sedação, apresentado GS 10 com abertura ocular espontânea e cumprindo ordens simples, com necessidade de oxigenoterapia por máscara de Venturi a 40% de FiO<sub>2</sub>.

A 28/05 retirada DVE e admitido na unidade de cuidados intermédios do serviço de Neurocirurgia.

Durante os primeiros de dias de internamento na Neurocirurgia doente inicia quadro de febre e dessaturação tendo sido iniciada Antibioterapia e escalado oxigenoterapia para máscara de venturi a 60% de FiO<sub>2</sub>. A data do início da recolha de dados doente apresenta GS 9, apirético, normotenso, normocárdico e com necessidade de oxigenoterapia suplementar por máscara de Venturi a 35% de FiO<sub>2</sub>.

Ao longo do internamento o estado cognitivo do utente melhorou, aumentando gradualmente o seu estado de consciência e orientação, tornando-se cada vez mais colaborante. Teve alta dia 30/06/2024, tendo ido para domicílio em ar ambiente, sem drenagem vesical e sem sonda nasogástrica, sendo que a esposa seria o prestador de cuidados.

## 1.2. Cirurgias realizadas

21/05/2024: Hemostase do aneurisma e colocação de DVE.

23/05/2024: Clipagem do aneurisma.

## 1.3. Meios complementares de diagnóstico:

TAC CE: 21/05, 2/06, 8/06, 20/06, 28/06.

Rx Tx: 21/05; 28/05; 5/06; 9/06; 17/06.



(5/06/2024)



(17/06/2024)

5/06/2024: Hipotransparências visíveis em ambas as hemicúpulas, mais predominantemente do lado direito, com apagamento de ambos os seios costofrênicos. Reforço hilar em ambos os pulmões com predominância do lado esquerdo.

17/06/2024: Traqueia ligeiramente inclinada para a direita. Radiografia sugestiva de melhoria clínica, ainda com alguma hipotransparências em ambos os seios costofrênicos.

## 2. Exame físico e Avaliação funcional:

### **Dados Antropométricos (17/06/2024):**

Peso: 70 kg

Altura: 170 cm

### **Exame físico (17/06/2014):**

Utente apresenta pele e mucosas coradas mas pouco hidratadas. Apresenta ferida cirúrgica na região occipital, já sem material de sutura e bordos aderentes, com penso simples, restante pele íntegra. Ligeiro edema de ambos os pés. Abdómen mole e

depressível, sem defesa a palpação. Tronco e membros simétricos, de características normais, sem tumefações ou massas palpáveis.

Entubado nasogastricamente com SNG nº 16, tolerando a alimentação entérica. Está algaliado com sonda vesical Silastic nº 16 apresentado bons débitos de urina amarelada e límpida.

### Sinais vitais

<u>17/06/2024</u>	<u>24/06/2024</u>	<u>28/06/2024</u>
<b>TA:</b> 106/ 78 mmhg	<b>TA:</b> 121/ 82 mmhg	<b>TA:</b> 118/79 mmhg
<b>FC:</b> 72 bat/min	<b>FC:</b> 76 bat/min	<b>FC:</b> 79 bat/min
<b>TT:</b> 35,9 °C	<b>TT:</b> 36,1 °C	<b>TT:</b> 36,6°C
<b>SPO2:</b> 96%	<b>SPO2:</b> 97%	<b>SPO2:</b> 98%
<b>FR:</b> 16 rpm	<b>FR:</b> 18 rpm	<b>FR:</b> 18 rpm

QUADRO 1: AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS. FONTE: PRÓPRIO

## 2.1. Avaliação da função respiratória

### 17/06/2024

**Inspeção:** Tórax normal, sem deformidades ou abaulamentos visíveis, simétrico. Respiração regular, simétrica, superficial com mínima expansão torácica visível e predominantemente abdominal. Sem outros sinais de dificuldade respiratória como cianose periférica, adejo nasal ou tiragem.

**Palpação:** Traqueia anatomicamente centrada, sem deformidades palpadas. Sem dor a palpação. Frémito tóraco-vocal impossível de avaliar.

**Percussão:** Som maciço na base do pulmão esquerdo. Restantes regiões com sons claros bilateralmente.

**Auscultação:** Com presença de roncos exacerbados em ambos os lobos superiores, com murmúrios vesiculares leves nos lobos inferiores.

**Tosse:** Reflexo de tosse presente mas não eficaz. Com necessidade de aspiração de secreções mucopurulentas ao longo do internamento.

### 3. Avaliação neurológica

A avaliação neurológica compreende um pilar importante na avaliação inicial da pessoa para que se consiga delinear um plano de reabilitação adaptado e individualizado. Uma correta e fidedigna avaliação do estado neurológico pode ser a chave para o sucesso da intervenção do EEER (Menoita, 2012). Relativamente ao grau de consciência, foi utilizada a escala de coma de Glasgow (Teasdale Bryan Jennett, 1971), (apêndice I).

#### 3.1. Estado Mental:

	<b>17/06/2024</b>	<b>24/06/2024</b>	<b>28/06/2024</b>
Consciência	Escala de Glasgow score 9, com abertura ocular espontânea, sem resposta verbal e reagindo e com movimento de retirada á dor.	Escala de Glasgow score 12, com abertura ocular espontânea, resposta verbal inapropriada e localiza a dor.	Escala de Glasgow score 14, com abertura ocular espontânea, resposta verbal confusa, cumprindo ordens simples.
Orientação	Impossível avaliar orientação Auto e Alopsiquica.	Doente desorientado Auto e Alopsiquicamente.	Doente orientado Autopsiquicamente, com desorientação alopsiquica.
Atenção	Vigilância, Tenacidade e Concentração impossíveis de avaliar.	Doente com défice de atenção global (Vigilância, Tenacidade, Concentração) – Hipoprosexia.	Vígil e concentrado aquando da realização de tarefas (bate com a mão na mesa cada vez que digo o a palavra “não”).
Memória	Impossível avaliar memória	Memória imediata preservada, utente repete sequência de números. Memória recente comprometida, utente não recorda a	Memória imediata preservada, utente repete sequência de números. Memória recente a curto prazo mantida (recorda a sequencia

		sequencia de números referida após 5 minutos. Memória remota preservada, utente recorda nome da esposa e aniversário.	de números referida após 5 minutos), memória recente a longo prazo comprometida, sem lembrança do que ingeriu ao pequeno-almoço. Memória remota preservada, utente recorda nome da esposa e a data de nascimento do próprio.
Capacidades práxicas	Impossível avaliar capacidades práxicas	Capacidades práxicas diminuídas. Doente consegue fazer gestos simbólicos com dificuldade moderada. Não realizou gestos icónicos.	Capacidades práxicas diminuídas. Doente consegue fazer gestos simbólicos com dificuldade moderada. Não realizou gestos icónicos.
Negligência hemiespacial unilateral	Impossível avaliar existência de neglet.	Utente apresenta consciência reduzida de estímulos do membros superior esquerdo.	Utente apresenta consciência reduzida de estímulos do membros superior esquerdo.
Língua	Impossível avaliar língua.	Avaliação informal: Doente com discurso espontâneo mas escasso, com frases simples e curtas. Consegue repetir e aparenta compreender. Não consegue nomear.	Avaliação informal: utente com discurso espontâneo. Consegue compreender, repetir e nomear.

QUADRO 2: AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL. FONTE: PRÓPRIO

## 3.2. Pares Cranianos

Avaliação dos pares cranianos segundo MENOITA (2012, pp. 49–58).

	<b>24/06/2024</b>	<b>28/06/2024</b>
I (Olfativo)	Utente não reconhece cheiros (café, óleo essencial de lavanda).	Utente reconhece cheiro de café e vinagre.
II (Ótico)	Sem hemianopsias observadas. Não testado presença de estocomas.	Sem hemianopsias observadas. Não testado presença de estocomas.
III, IV, VI (Óculomotor, troclear, motor ocular externo)	Ambas pupilas isocóricas e foto reativas. Movimentos oculares preservados.	Ambas pupilas isocóricas e foto reativas. Movimentos oculares preservados.
V (Trigémeo)	Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservadas em ambas as hemifaces, nas três divisões do Trigémeo.	Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservadas em ambas as hemifaces, nas três divisões do Trigémeo.
VII (Facial)	Sem parésias faciais. Consegue sorrir e franzir as sobrancelhas.	Sem parésias faciais. Consegue sorrir e franzir as sobrancelhas.
VIII (Vestibulo-Coclear)	Acuidade auditiva preservada. Utente não demonstra equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado.	Acuidade auditiva preservada. Utente não demonstra equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado.
IX (Glossofaríngeo)	Movimento do palato e úvula preservados. Doente identifica sabor ácido (vinagre).	Movimento do palato e úvula preservados. Doente identifica sabor ácido (vinagre).
X (Vago)	Reflexo do vômito preservado.	Reflexo do vômito preservado.
XI (Espinhal)	Força do esternocleidomastóideo e trapézios diminuída mas preservada, lateraliza a	Força do esternocleidomastóideo e trapézios preservada, lateraliza a cabeça eleva

	cabeça eleva ombros contra resistência moderada.	ombros contra resistência moderada.
XII (Grande Hipoglosso)	Doente com alterações dos movimentos da língua, não realizando protusão anterior e apresentando estase salivar moderada.	Utente consegue realizar protusão da língua e realizar movimentos para a esquerda e direita. Sem estase salivar presenciada.

QUADRO 3: AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS. FONTE: PRÓPRIO

### 3.3. Motricidade

#### 1.1.1. Força muscular

Para garantir uma compreensão abrangente da força muscular do utente, a avaliação da motricidade foi realizada com recurso á escala MRC (Medical Research Council) (MRC, 1976), (apêndice II), sendo avaliados os diferentes segmentos corporais:

Segmentos corporais	Movimentos	Avaliação 17/06/2024		Avaliação 24/06/2024		Avaliação 28/06/2024	
		D	E	D	E	D	E
Pescoço	Flexão	2		4		4	
	Extensão	2		4		4	
	Flexão lateral esquerda	2		4		4	
	Flexão lateral direita	2		4		4	
	Rotação	2		4		4	
<b>Membros superiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Gleno-umeral	Elevação	2	2	3	3	4	4
	Depressão	2	2	3	3	4	4
	Adução	2	2	3	3	4	4
	Abdução	2	2	3	3	4	4
	Rotação Interna	2	2	3	3	4	4
	Rotação Externa	2	2	3	3	4	4
Cotovelo	Flexão	2	1	3	2	4	4
	Extensão	2	1	3	2	4	4
Antebraço	Supinação	2	1	3	2	4	3

	Pronação	2	1	3	2	4	3
Punho	Circundação	2	1	3	2	4	3
	Desvio cubital	2	1	3	2	4	3
	Desvio Radial	2	1	3	2	4	3
	Flexão	2	1	3	2	4	3
	Extensão	2	1	3	2	4	3
Dedos da mão	Adução	1	1	3	2	3	3
	Abdução	1	1	3	2	3	3
	Flexão	1	1	3	2	3	3
	Extensão	1	1	3	2	3	3
	Oponência do polegar	0	0	3	2	3	3
	Circundação	0	0	3	2	3	3
<b>Membros Inferiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Coxo-femoral	Adução	1	1	3	2	4	2
	Abdução	1	1	3	2	4	2
	Flexão	1	1	3	2	4	2
	Extensão	1	1	3	2	4	2
	Rotação Interna	1	1	3	2	4	2
	Rotação Externa	1	1	3	2	4	2
Joelho	Flexão	1	1	3	2	4	3
	Extensão	1	1	3	2	4	3
Tibiotársica	Flexão Plantar	1	1	3	2	3	2
	Flexão Dorsal	1	1	3	2	3	2
	Inversão	1	1	3	2	3	2
	Eversão	1	1	3	2	3	2
Dedos do pé	Adução	1	1	2	1	2	2
	Abdução	1	1	2	1	2	2
	Flexão	1	1	2	1	2	2
	Extensão	1	1	2	1	2	2

QUADRO 4: AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR SEGUNDO A MEDICAL RESEARCH COUCL (1976).  
 LEGENDA: D: DIREITO; E: ESQUERDO.

### 1.1.2. Tônus muscular

Relativamente á avaliação do tônus muscular, foi utilizada a escala modificada de Ashworth (M. Blackburn & Van Vliet, 2002), (apêndice III).

Segmentos corporais	Movimentos	Avaliação 17/06/2024		Avaliação 24/06/2024		Avaliação 28/06/2024	
		D	E	D	E	D	E
Pescoço	Flexão	3		1		1	
	Extensão	3		1		1	
	Flexão lateral esquerda	3		1		1	
	Flexão lateral direita	3		1		1	
	Rotação	3		1		1	
<b>Membros superiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Gleno-umeral	Elevação	2	2	1	1	1	1
	Depressão	2	2	1	1	1	1
	Adução	2	2	1	1	1	1
	Abdução	2	2	1	1	1	1
	Rotação Interna	2	2	1	1	1	1
	Rotação Externa	2	2	1	1	1	1
Cotovelo	Flexão	2	2	2	2	2	2
	Extensão	2	2	2	2	2	2
Antebraço	Supinação	2	2	2	2	2	2
	Pronação	2	2	2	2	2	2
Punho	Circundação	3	3	2	2	2	2
	Desvio cubital	3	3	2	2	2	2
	Desvio Radial	3	3	2	2	2	2
	Flexão	3	3	2	2	2	2
	Extensão	3	3	2	2	2	2
Dedos da mão	Adução	3	3	2	2	2	2
	Abdução	3	3	2	2	2	2
	Flexão	3	3	2	2	2	2
	Extensão	3	3	2	2	2	2
	Oponência do polegar	3	3	2	2	2	2
	Circundação	3	3	2	2	2	2
<b>Membros Inferiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Coxo-femoral	Adução	3	3	1+	2	1+	2
	Abdução	3	3	1+	2	1+	2
	Flexão	3	3	1+	2	1+	2
	Extensão	3	3	1+	2	1+	2
	Rotação Interna	3	3	1+	2	1+	2

	Rotação Externa	3	3	1+	2	1+	2
Joelho	Flexão	3	3	1+	2	1	1
	Extensão	3	3	1+	2	1	1
Tibiotársica	Flexão Plantar	3	3	1+	2	1	1
	Flexão Dorsal	3	3	1+	2	1	1
	Inversão	3	3	1+	2	1	1
	Eversão	3	3	1+	2	1	1
Dedos do pé	Adução	3	3	1+	2	1	1
	Abdução	3	3	1+	2	1	1
	Flexão	3	3	1+	2	1	1
	Extensão	3	3	1+	2	1	1

**QUADRO 5: AVALIAÇÃO DO TÓNUS MUSCULAR ATRAVÉS DA ESCALA DE ESPASTICIDADE DE ASHWORTH, ADAPTADO DE BLACKBURN & VAN VLIET (2002). LEGENDA: D: DIREITO; E: ESQUERDO.**

### 3.3.1. Coordenação:

**24/06/2024**

- Membros superiores

Prova índex-nariz: Utente apresenta dismetria, não conseguindo colocar os dedos corretamente e devido á diminuição de força de ambos os braços doente não conseguiu amplitude suficiente para completar a prova.

Prova de indicação de Barany: Utente mantém dismetria mas consegue tocar com o seu dedo indicador no dedo indicador do examinador, apresentando apenas ligeira ataxia.

- Membros Inferiores:

Prova calcanhar-joelho: Devido ao antecedente de coxartrose bilateral utente não consegue realizar prova.

### 3.4. Sensibilidade:

**24/06/2024**

Sensibilidade superficial: Utente apresenta diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa e térmica no membro superior e inferior esquerdo.

Sensibilidade Profunda: Utente com batiestesia e bariestesia preservadas. Esteriognosia diminuída e paliestesia não avaliada.

### 3.5. Equilíbrio e Marcha

#### 1.1.3. Escala de Berg

Para a avaliação do equilíbrio foi utilizada a escala de Berg para melhor compreender o grau de comprometimento do equilíbrio e dependência do utente (Berg & Maki, 1991), (apêndice VI).

<b>Itens</b>	17/06/24	28/06/24
1.Sentado para em pé	0	0
2.Em pé sem apoio	0	0
3.Sentado sem apoio	1	2
4.Em pé para sentado	0	0
5.Transferências	0	1
6.Em pé com olhos fechados	0	0
7.Em pé com os pés juntos	0	0
8.Reclinar à frente com braços estendidos	0	0
9.Apanhar objeto do chão	0	0
10.Virar para olhar para trás	1	1
11.Girando 360 graus	0	0
12.Colocar pés alternadamente sobre o degrau	0	0
13.Em pé com um pé em frente do outro	0	0
14.Em pé apenas sobre uma perna	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>

QUADRO 6: ESCALA DE BERG, ADAPTADO DE BERG & MAKI (1991)

Relativamente ao equilíbrio, o utente demonstra uma significativa incapacidade na manutenção do equilíbrio estático e dinâmico, conseqüentemente comprometendo a sua independência e segurança nas atividades de autocuidado. A sua condição resulta dos

défices a nível da força e mobilidade muscular resultantes do AVC, limitando a sua capacidade de sustentação e controlo muscular. Além disso, a resposta cognitiva do utente encontra-se prejudicada dificultando e diminuindo a realização de ações e movimentos corretos bem como a perceção do risco.

Com efeito, o utente não apresenta equilíbrio estático nem dinâmico na posição de sentado. Devido ao antecedente pessoal de coxartrose, associado à diminuição da força do membro inferior esquerdo e ao estado de consciência reduzido, é impossível avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática e ele é incapaz de realizar o teste de Romberg-Barré. O utente não realiza carga durante as transferências e a marcha não foi avaliada.

#### 4. Avaliação da deglutição

A avaliação da deglutição deve ser considerada de caráter prioritário num doente sobrevivente de AVC e idealmente deve ser realizada durante as primeiras 24 horas da admissão hospitalar (Domingos & Veríssimo, 2014). MENOITA (2012) refere também que antes de administrar qualquer líquido ou sólido ao doente com AVC deve-se determinar de antemão o controlo da cabeça na posição sentado; avaliar a simetria interna da boca e da face e observar a capacidade de abrir e fechar os lábios.

A avaliação da deglutição compreendeu a avaliação da saúde e higiene oral e pares cranianos envolvidos na deglutição.

Cavidade oral: Dentição incompleta, mucosas descoradas e desidratadas. Sem inflamação gengival ou feridas.

Pares cranianos envolvidos na deglutição (24/06/2024):

- Trigémeo: Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservadas em ambas as hemifaces, nas três divisões do Trigémeo.
- Facial: Sem parésias faciais. Consegue sorrir e franzir as sobrancelhas.
- Glosssofaríngeo: Movimento do palato e úvula preservados. Doente identifica sabor ácido (vinagre).
- Vago: Reflexo do vômito preservado.
- Espinhal: Força do esternocleidomastóideo e trapézios diminuída mas preservada, lateraliza a cabeça eleva ombros contra resistência moderada.
- Grande Hipoglosso: Utente consegue realizar protusão da língua e realizar movimentos para a esquerda e direita. Ligeira estase salivar presenciada.

Na avaliação da deglutição foi também incluído o teste de Guss (Gugging Swallowing Screen) que compreende uma avaliação preliminar e um teste de deglutição direto.

**24/06/2024:**

1º secção: Avaliação preliminar/ Teste de deglutição indireto:

1. Utente vígil: Sim (1 ponto)
2. Tosse e/ou pigarreio: Sim (1 ponto)
3. Deglutição de saliva
  - i. Deglutição sem alteração: Sim (1 ponto)
  - ii. Escape de Saliva: Sim (0 ponto)
  - iii. Modificação da voz: Sim (0 ponto)

Pontuação da 1º secção: 3 pontos. Utente não apresenta condições de segurança para passar para o teste de deglutição direto, pelo que permanece entubado nasogástricamente.

**28/06/2024:**

1º secção: Avaliação preliminar / Teste de deglutição indireto:

1. Utente vígil: Sim (1 ponto)
2. Tosse e/ou pigarreio: Sim (1 ponto)
3. Deglutição de saliva
  - i. Deglutição sem alteração: Sim (1 ponto)
  - ii. Escape de Saliva: Não (1 ponto)
  - iii. Modificação da voz: Não (1 ponto)

Pontuação da 1º secção: 5 pontos, significando que existe segurança para continuar para a 2º secção: Teste de deglutição direto:

- Teste de deglutição com consistência pudim (semisólido): Deglutição demorada (1 pontos); Sem tosse (1 ponto); Sem escape de saliva (1 ponto); Sem modificação da voz (1 ponto).
- Teste de deglutição com consistência líquida: Deglutição sem alterações (2 pontos); Com tosse (0 ponto); Sem escape de saliva (1 ponto); Sem modificação da voz (1 ponto).

- Teste de deglutição com consistência sólida: Deglutição demorada (1 pontos); Sem tosse (1 ponto); Sem escape de saliva (1 ponto); Sem modificação da voz (1 ponto).

Pontuação da 2º secção: 12 pontos.

Pontuação total: 17 pontos. Correspondendo a disfagia ligeira e baixo risco de aspiração. Após o teste de deglutição foi retirada a sonda nasogástrica.

## 4. Autocuidado

Relativamente à avaliação do nível de dependência do autocuidado, foram utilizada Escala de Medida de Independência Funcional (Granger et al., 1986) (apêndice VI) e ao Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), (apêndice VII).

### **MIF: Medida de Independência Funcional**

	17/06/2024	24/06/2024	28/06/2024
<b>Autocuidados</b>			
Alimentação	1	1	1
Higiene Pessoal	1	1	1
Banho (lavar o corpo)	1	1	1
Vestir a metade superior	1	1	1
Vestir a metade Inferior	1	1	1
Utilização da Sanita	1	1	1
<b>Controlo de Esfíncteres</b>			
Bexiga	1	2	2
Intestinal	1	2	2
<b>Mobilidade/Transferências</b>			
Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	1	1	3
Sanita	1	1	2
Duche/Banheira	1	1	2
<b>Locomoção</b>			
Marcha/ Cadeira de Rodas	1	1	1
Escadas	1	1	1
<b>Comunicação</b>			
Compreensão (auditiva/visual)	1	2	4
Expressão (vocal/ não vocal)	1	2	4
<b>Cognição Social</b>			
Interação Social	1	2	3

Resolução de Problemas	1	1	2
Memória	1	2	3
<b>Total</b>	<b>18/126</b>	<b>24/126</b>	<b>35/126</b>

QUADRO 7: ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DO AUTOCUIDADO, ADAPTADO DE GRANGER ET AL. (1986)

## 6.2. Índice de Barthel

	17/06/2024	24/06/2024	28/06/2024
<b>Alimentação:</b> Dependente	0	0	0
<b>Transferências:</b> Dependente, não tem equilíbrio sentado	0	5	10
<b>Toailete:</b> Dependente, necessita de ajuda	0	0	0
<b>Utilização do WC:</b> Dependente	0	0	5
<b>Banho:</b> Dependente, necessita de alguma ajuda	0	0	0
<b>Mobilidade:</b> Imóvel	0	0	5
<b>Subir e descer escadas:</b> Dependente	0	0	0
<b>Vestir:</b> Com ajuda	5	5	5
<b>Controlo Intestinal:</b> Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0	0	0
<b>Controlo Urinário:</b> Incontinente ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	0	0	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>25</b>

QUADRO 8: ÍNDICE DE BARTHEL, ADAPTADO DE MAHONEY & BARTHEL (1965)

## 5. Plano de cuidados

Foco: Cognição	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b></p> <p>Cognição comprometida</p> <p>Potencial para recuperar a cognição</p>	<p>Melhorar e recuperar estado de cognição prévia.</p> <p>Melhorar e recuperar grau de consciência prévio</p> <p>Melhorar capacidade de obter conhecimentos para satisfação de autocuidados.</p> <p>Melhorar capacidade de atenção e memória durante a participação da satisfação do autocuidado.</p>	<p>Avaliação do estado mental do utente incluindo: avaliação do estado de consciência através da escala de coma de Glasgow, avaliação da orientação, memória, atenção, capacidades práticas, presença de negligência hemiespacial e linguagem.</p> <p>Executar exercícios de estimulação da atenção através: exercícios de estimulação da tenacidade (bater numa mesa cada vez que digo a palavra não), estimulação da concentração (numa folha com círculos e quadrados pedindo para apontar para os círculos e dizer quantos são);</p> <p>Executar exercícios de estimulação de memória imediata, recente e remota.</p> <p>Avaliar capacidades práticas através de gestos e icónicos.</p> <p>Avaliar presença de neglet hemiespacial e incentivada facilitação cruzada.</p> <p>Avaliar linguagem através do discurso espontâneo, compreensão, nomeação e repetição.</p> <p>Incentivar a a pessoa a olhar para as mobilizações realizadas e nomear o membro.</p> <p>Estimular a participação no autocuidado perguntado qual o material necessário para a higiene.</p> <p>Utilizar discurso simples e claro.</p>	<p><b>17/06/2024</b></p> <p>Utente com Glasgow score de 9. com abertura ocular espontânea, sem resposta verbal e reagindo e com movimento de retirada á dor.</p> <p>Sem capacidade para obter conhecimentos para satisfação do autocuidado</p> <p>Sem capacidade para ser avaliada orientação, atenção, memória e linguagem.</p> <p><b>24/06/2024</b></p> <p>Cognição ligeiramente melhorada</p> <p>Demonstra potencial para recuperar cognição melhorado.</p> <p>Utente com Glasgow score de 12, com abertura ocular espontânea, resposta verbal inapropriada e localiza a dor.</p> <p>Demonstra desorientação auto e alopsíquica.</p> <p>Demonstra-se vigil mas sem tenacidade e sem capacidade de concentração numa tarefa.</p> <p>Demonstra consciência reduzida dos estímulos do hemicorpo esquerdo.</p> <p>Demonstra memória imediata e remota preservada conseguindo repetir sequência de números e refere nome da esposa.</p> <p>Demonstra capacidade para repetir e compreender, verbaliza palavras soltas.</p>

<p><u>Sistema Parcialmente-compensatório</u></p>			<p><b>28/06/2024</b></p> <p>Cognição melhorada</p> <p>Potencial para recuperar cognição melhorado.</p> <p>Capacidade cognitiva para participar no autocuidado melhorada</p> <p>Utente com Glasgow 14, com abertura ocular espontânea, resposta verbal confusa, cumprindo ordens simples.</p> <p>Apresenta-se orientado autopsiquicamente.</p> <p>Apresenta capacidade de atenção melhorada, conseguindo bater com a mão na mesa cada vez que se diz a palavra "não".</p> <p>Mantém consciência reduzida dos estímulos do hemisfério esquerdo</p> <p>Demonstra capacidade de linguagem melhorada, consegue nomear, repetir e compreender.</p>
--	--	--	--

<b>Foco:</b> Movimento Muscular	<b>Objetivos:</b>	<b>Intervenções do EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Movimento muscular diminuído (membro superior esquerdo)</p> <p>Movimento muscular diminuído (membro inferior esquerdo)</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>Melhorar movimento muscular</p> <p>Preservar mobilidade articular</p> <p>Preservar flexibilidade</p> <p>Prevenir instalação de espasticidade</p> <p>Melhorar conhecimento sobre exercícios e técnicas de manutenção e preservação da saúde muscular e articular.</p> <p>Melhorar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>Avaliar força muscular através da escala de Força Muscular Medical Research Council;</p> <p>Conhecer e obter informação do processo clínico do utente;</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular passivo e ativo-assistido incorporando todos os segmentos articulares de ambos os hemicorpos privilegiando o hemicorpo afetado, sempre considerando a tolerância e limiar de dor do utente com séries de 10 repetições.</p> <p><u>Membro superior:</u>  Gleno-umeral: elevação/ depressão, adução/ abdução, rotação interna/ externa.  Cotovelo: flexão/ extensão, supinação/ pronação.  Punho: flexão/ extensão, desvio cubital/radial.  Dedos da mão: flexão/ extensão, adução/ abdução, oponência do polegar.</p> <p><u>Membro inferior:</u>  Coxofemural: flexão/ extensão, adução/ abdução.  Joelho: Flexão/ extensão  Tibiotársica: Inversão/ Eversão, flexão plantar/ dorsal.  Dedos do pé: Flexão/ extensão, adução/ abdução.</p> <p>Incentivar o utente a participar nos exercícios de musculares e articulares.</p> <p>Avaliar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p><b><u>17/06/2024</u></b></p> <p>Avaliada força muscular através da escala de MRC. Apresenta força muscular de grau 2 no membro superior direito e força de grau 1 no membro superior esquerdo, em ambos os membros inferiores apresenta força muscular de grau 1.</p> <p>Não colabora no programa de mobilizações passivas por Glasgow de 9</p> <p>Sem capacidade para obter conhecimento sobre exercícios musculares e articulares.</p> <p><b><u>24/06/2024</u></b></p> <p>Avaliada forma muscular através da escala de MRC verificando-se força muscular de grau 3 no membro superior direito e força muscular de grau 2 no membro superior esquerdo. Ambos os membros inferiores apresentam força muscular de grau 2.</p> <p>verbaliza e reage a dor, mais colaborante por Glasgow de 9.</p> <p>Demonstra dificuldade na realização da flexão de ambas as coxofemorais devido ao antecedente de coxartrose.</p> <p>Não detém interesse para a realização de mobilizações ativas assistidas.</p>

<p><u>Sistema Parcialmente</u> <u>-compensatório</u></p>		<p>Avaliar conhecimento sobre exercícios musculares e articulares.</p> <p>Avaliar a adesão ao programa de exercícios</p> <p>Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (automobilizações, exercícios de fortalecimento muscular com resistência, exercícios de motricidade fina);</p> <p>Treinar técnicas de exercício muscular e articular.</p>	<p>Não demonstra capacidade para obter conhecimento sobre programa de exercícios musculares e articulares.</p> <p>Não apresenta capacidade de concentração suficiente durante programa de mobilizações ativas assistidas.</p> <p><b><u>28/06/2024</u></b></p> <p>Força muscular de grau 4 no membro superior direito, grau 3 no membro superior esquerdo, grau 3 no membro inferiores direito e grau 2 no membro inferior esquerdo.</p> <p>Orientado autopsiquicamente e cumpre ordens simples (Glasgow 14).</p> <p>Realiza com interesse programa de mobilizações ativas assistidas.</p> <p>Mantém dificuldade na flexão de ambas as coxofemorais devido ao antecedente de coxartrose.</p> <p>Demonstra interesse no programa de reabilitação.</p> <p>Capacidade para obter conhecimento sobre programa de exercícios musculares e articulares melhorada.</p> <p>Capacidade para executar programa de exercícios musculares e articulares melhorada.</p>
--	--	---	---

Foco: Deglutição	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Deglutição comprometida elevado.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de deglutição.</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de deglutição.</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de deglutição.</p>	<p>Diminuir risco de aspiração</p> <p>Otimizar aporte nutricional</p> <p>Melhorar reflexo de deglutição</p> <p>Promover conforto e autoestima da pessoa na alimentação.</p> <p>Devolver o prazer da alimentação.</p> <p>Promover independência na alimentação.</p> <p>Proporcionar conforto na deglutição</p> <p>Diminuir risco de aspiração</p>	<p>Avaliar a capacidade de deglutição englobando uma avaliação neurológica do estado mental e pares cranianos envolvidos na deglutição bem como avaliação morfodinâmica das estruturas que participam no processo de deglutição;</p> <p>Realizar teste de deglutição com recurso ao GUSS, realizando vários testes ao longo do internamento;</p> <p>Realizar higiene oral;</p> <p>Realizar auscultação cervical da deglutição;</p> <p>Posicionar o utente</p> <p>Gerir e planear a dieta;</p> <p>Supervisionar refeição;</p> <p>Avaliar capacidade de execução dos exercícios neuromusculares de melhoramento da deglutição: lábios (protrair, retrair, lateralização, sorrir, abrir a boca), língua (protrair, retrair, empurrar a língua contra espátula), mandíbula (abrir a boca, movimentos circulares), bochechas (insuflar, sucção, soprar), úvula (gargarejar), palato mole (soprar, sugar);</p> <p>Avaliar capacidade do utente conseguir realizar técnicas posturais (flexão cervical, rotação</p>	<p><b><u>17/06/2024</u></b></p> <p>Necessita de sonda nasogástrica para alimentação.</p> <p>Glasgow de 9, pelo que não demonstra capacidade cognitiva suficiente durante avaliação preliminar indireta.</p> <p>Não apresenta condições de segurança para realizar teste de GUSS.</p> <p><b><u>24/06/2024</u></b></p> <p>Realizada avaliação da deglutição com recurso ao teste de Guss. Doente vígil mas desorientado e com défice de atenção. Na realização da avaliação indireta observada voz molhada, deglutição demorada e alguma estase salivar pelo que não se reuniam condições de segurança para iniciar avaliação direta da deglutição.</p> <p>Mostra pouca colaboração e interesse na realização de exercícios de fortalecimento muscular.</p> <p>Apresenta dificuldade na protusão dos lábios e língua, comprometendo assim a fase preparatória oral e oral.</p> <p><b><u>28/06/2024</u></b></p>

<p><u>Sistema Parcialmente-compensatório</u></p>		<p>cervical para lado afetado, inclinação cervical para lado são);</p> <p>Instruir sobre técnicas posturais como flexão cervical, rotação cervical para lado afetado e flexão lateral para lado são;</p> <p>Instruir sobre exercícios neuromusculares de fortalecimento muscular das estruturas que participam na deglutição.</p> <p>Treinar exercícios de fortalecimento muscular e técnicas posturais.</p> <p>Realizar programa de exercícios de fortalecimento muscular 30 minutos antes da refeição.</p>	<p>Realizada avaliação da deglutição com recurso ao teste de GUSS. Doente vígil, com reflexo de tosse mantido e eficaz e com deglutição de saliva sem estase salivar ou voz molhada, pelo que se reuniram condições de segurança para avançar para o teste de deglutição direto.</p> <p>Demonstra capacidade para deglutir semisólidos (consistência pudim) e sólidos, no entanto apresenta deglutição demorada (3/4 segundos de fase oral).</p> <p>Consegue deglutir líquidos sem dificuldade, não apresentando voz molhada ou tosse tardia.</p> <p>Detém capacidade para realizar técnicas posturais e exercícios e fortalecimento neuromuscular das estruturas que participam na deglutição.</p> <p>Demonstra maior interesse para realização de exercícios neuromusculares de fortalecimento das estruturas que participam na deglutição.</p> <p>Retirada sonda nasogástrica.</p>
--	--	--	---

<b>Foco:</b> Limpeza das vias aéreas	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções do EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau elevado</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de limpeza das vias aéreas.</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para limpeza das vias aéreas.</p>	<p>Melhorar capacidade de limpeza das vias aéreas;</p> <p>Facilitar mobilização de secreções;</p> <p>Manter permeabilidade das vias aéreas;</p> <p>Manter as vias aéreas desobstruídas;</p> <p>Melhorar capacidade para executar reflexo de tosse;</p> <p>Aliviar desconforto respiratório.</p> <p>Melhorar a capacidade para executar técnicas de limpeza das vias aéreas. Melhorar eficácia da tosse.</p>	<p>Realizar Auscultação pulmonar diariamente e identificar os ruídos pulmonares identificados;</p> <p>Avaliar respiração;</p> <p>Consultar os Rx de tórax realizados;</p> <p>Plano de reabilitação funcional respiratória consistindo em reeducação diafragmática, manobras acessórias com percussões, compressões e vibrações;</p> <p>Realizar alternância de decúbitos no leito para drenagem postural;</p> <p>Assegurar ingestão hídrica para fluidificar as secreções;</p> <p>Monitorizar saturação de O2;</p> <p>Aspirar secreções.</p> <p>Instruir sobre técnicas de limpeza das vias aéreas;</p> <p>Instruir sobre técnica de tosse eficaz (tosse dirigida, huffing);</p> <p>Incentivar ingestão hídrica;</p>	<p><b><u>17/06/2024</u></b></p> <p>Não participa na limpeza das vias aéreas por Glasgow Score de 9</p> <p>À auscultação pulmonar verificados roncos com predominância em ambos os lobos superiores.</p> <p>Aspiradas secreções da nasofaringe e orofaringe esverdeadas em abundante quantidade.</p> <p><b><u>24/06/2024</u></b></p> <p>Utente apresenta Glasgow Score de 12, conseguindo colaboração ligeira na dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p>À auscultação pulmonar verificados roncos leves com predominância em ambos os lobos superiores.</p> <p>Apresenta reflexo de tosse pouco eficaz, pelo que ainda é necessário aspiração de secreções esverdeadas e fluidas em moderada quantidade.</p> <p>Capacidade para melhorar conhecimento sobre técnicas de limpeza das vias aéreas ligeiramente melhorada.</p> <p><b><u>28/06/2024</u></b></p> <p>Utente com Glasgow score de 14, pelo que apresenta potencial para melhorar</p>

<p><u>Sistema Parcialmente-compensatório</u></p>			<p>conhecimento sobre técnicas de limpeza das vias aéreas melhorada.</p> <p>À auscultação pulmonar verificados murmúrios vesiculares em todas as regiões pulmonares.</p> <p>Com capacidade para melhorar execução de técnicas de limpeza das vias aéreas melhorada.</p> <p>Realiza técnica de tosse dirigida e huffings com eficácia.</p> <p>Consegue realizar ingestão hídrica por via oral para fluidificar secreções.</p> <p>Sem necessidade de ser aspirado.</p>
--	--	--	--

<b>Foco:</b> Autocuidado Higiene	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Autocuidado comprometido em grau elevado: Higiene.</p>	<p>Melhorar e promover o conforto do utente</p> <p>Promover reeducação funcional motora e sensitiva</p>	<p>Avaliar capacidade de realização de Autocuidado através da escala de MIF e índice de Barthel.</p> <p>Promover participação do utente na preparação do material necessário para higiene no leito.</p> <p>Ensinar e instruir o autocuidado</p>	<p><b><u>17/06/2024</u></b></p> <p>MIF – 18 Índice de Barthel – 5</p> <p>Apresenta grau de dependência elevado para conseguir ser instruído ou participar no autocuidado.</p>

<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégia adaptativas para o autocuidado</p>	<p>Aumentar autoestima do utente na satisfação do autocuidado</p>	<p>Informar sobre técnicas de gestão e conservação de energia</p>	<p>Não participa no autocuidado higiene, necessita de ajuda total.</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado.</p>	<p>Melhorar autonomia e independência na satisfação do autocuidado</p>	<p>Incentivar a participação na satisfação do autocuidado através de utilização de técnicas de gestão e conservação de energia</p>	<p><b><u>24/06/2024</u></b> MIF – 24 Índice de Barthel – 10 Capacidade para usar estratégias adaptativas melhorada: doente já consegue apresentar participação mínima durante o autocuidado no leito, consegue lavar face e mãos quando indicado.</p>
<p>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para autocuidado.</p>		<p>Incentivar facilitação cruzada.  Treinar sobre técnicas de gestão e conservação de energia.</p>	<p>Prestador de cuidados recetivo sobre a sua participação na satisfação do autocuidado Higiene do utente no domicílio.</p>
<p><u>Sistema Parcialmente-compensatório</u></p>		<p>Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o autocuidado (barreiras arquitetónicas, de banco de duche)</p>	<p><b><u>28/06/2024</u></b> MIF – 35 Índice de Barthel – 25 Utente com Glasgow Score de 14, com potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado.</p>
		<p>Instruir e ensinar o prestador de cuidados sobre técnicas de conservação de energia aquando do autocuidado (técnicas de descanso e relaxamento)</p>	<p>Capacidade para usar técnicas adaptativas para o autocuidado melhorada: Utente participa na higiene no leito conseguindo lavar face e parte superior do corpo, colaborando também na alternância de decúbitos no leito.</p>
		<p>Ensinar o prestador de cuidados (esposa) sobre estratégias adaptativas durante o banho.</p>	<p>Consegue mencionar material necessário para o banho.</p>
		<p>Instruir o prestador de cuidados sobre as técnicas e estratégia adaptativas durante o banho no domicílio.</p>	<p>Prestador de cuidados recetivo aos ensinamentos, instrução e treino sobre participação na</p>
		<p>Treinar o prestador de cuidados para potencializar as estratégias adaptativas instruídas.</p>	

			<p>satisfação do autocuidado Higiene do utente no domicílio.</p> <p>Prestador de cuidados consegue realizar técnicas de gestão e conservação de energia.</p> <p>Prestador de cuidados capaz de empregar estratégias adaptativas durante a satisfação do autocuidado higiene do utente.</p>
--	--	--	--

<b>Foco:</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções do EEER</b>	<b>Avaliação</b>
Autocuidado Transferir-se			
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b> Autocuidado comprometido em grau elevado: transferir-se.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se</p>	<p>Executar técnica de transferência com segurança.</p> <p>Desenvolver estratégias adaptativas para realizar transferências com segurança</p>	<p>Avaliar a capacidade de realização do autocuidado transferir-se através da escala de MIF e Índice de Barthel;</p> <p>Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <p>Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p>Assegurar medidas de segurança</p> <p>Transferir o utente.</p> <p>Utilizar técnica de transferência do leito para o cadeirão e do cadeirão para o leito.</p>	<p><b><u>17/06/2024</u></b></p> <p>Incapaz de se transferir, necessita de ajuda total.</p> <p>Sem potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se por Glasgow de 9.</p> <p>Sem potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</p> <p><b><u>24/06/2024</u></b></p> <p>Capacidade para participar na transferência melhorada. Apoia o membro são sobre a cama para passar a posição sentado,</p>

<p>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o transferir-se</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispositivo auxiliar para o transferir-se</p> <p><u>Sistema parcialmente-compensatório</u></p>		<p>Ensinar estratégias de adaptação para transferir-se</p> <p>Instruir e treinar estratégias de adaptação para transferir-se</p> <p>Promover participação do utente na técnica de transferência do leito para o cadeirão (pedir para utilizar membro são para ficar em posição sentado no leito).</p> <p>Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o transferir-se.</p> <p>Ensinar prestador de cuidados sobre auxiliares de transferência (tábuas de transferência e discos de transferência) e técnicas de adaptação no transferir-se (calças, meias antiderrapantes e/ou ténis)</p> <p>Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação do domicílio para o transferir-se (posicionar o cadeirão/ cadeira de rodas ao lado da cama e certificar-se que está travado).</p>	<p>necessita de ajuda em grau elevado (apoio bilateral).</p> <p>Potencial para adquirir conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorado por Glasgow de 12.</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada por orça muscular aumentada.</p> <p>Prestador de cuidados com Potencial para melhorar conhecimento sobre auxiliares de transferência e técnicas de adaptação para transferência do utente.</p> <p><b><u>27/06/2024</u></b></p> <p>Capacidade para participar na transferência melhorada. Apoia o membro são na cama para ficar em posição de sentado, necessita de ajuda em grau moderado (apoio unilateral).</p> <p>Potencial para adquirir conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se melhorado por Glasgow de 14.</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada por força muscular aumentada.</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre auxiliares de transferência e técnica de adaptação para transferir-se melhorada.</p>
--	--	---	--

## 7. Conclusão

A escolha do utente para a realização deste estudo de caso surge da sua complexidade e potencial para enquadrar um plano de reabilitação adaptado e realista, visando a recuperação e maximização da sua independência funcional e capacitação para o autocuidado. A recolha de dados clínicos pertinentes e aplicação de escalas de avaliação periodicamente serviram como base para a definição de intervenções de enfermagem realistas e adaptadas ao utente e de acordo com os diagnósticos de enfermagem definidos.

Ao longo do período de estágio e da realização do programa de reabilitação, o utente foi gradualmente melhorando o seu estado cognitivo e conseqüentemente melhorando o seu potencial para adquirir conhecimento e técnicas que o ajudem a participar e satisfazer os défices de autocuidado identificados. Com efeito, uma avaliação precoce e periódica da deglutição do utente revelou-se benéfica para conseguir adaptar gradualmente o programa de reabilitação ao seu estado clínico e deste modo conseguir que voltasse a ser alimentado oralmente.

Assim, considero que este foi um estudo de caso desafiador e enriquecedor. Com a implementação do programa de reabilitação demonstrado no plano de cuidados, verificaram-se melhorias significativas a nível do movimento muscular, deglutição, limpeza das vias aéreas e satisfação do autocuidado Higiene. O trabalho em equipe multidisciplinar também desempenhou um papel crucial, permitindo uma abordagem holística no cuidado ao utente. Os resultados obtidos destacam a importância da enfermagem de reabilitação no processo de recuperação, na melhoria da qualidade de vida e na promoção da independência funcional.

## 8. Referências Bibliográficas

- Ahn, S.-N. (2018). *Differences in body awareness and its effects on balance function and independence in activities of daily living for stroke*.
- Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M.-L., El-Koussy, M., Kägi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PloS One*, *11*(2), e0148424. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>
- ASA. (2020). *Explaining Stroke*. [https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining\\_Stroke\\_Brochure\\_2020.pdf](https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining_Stroke_Brochure_2020.pdf)
- ASA. (2024). *American Stroke Association*. <https://www.stroke.org/en/>
- Aze, O. D., Ojardias, E., Akplogan, B., Giroux, P., & Calmels, P. (2023). Structural and pathophysiological muscle changes up to one year after post-stroke hemiplegia: a systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *59*(4), 474–487. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.07844-9>
- Barata, L. F. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida - Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida profissional: A importância da formação contínua*. Lusodidata.
- Berg, K., & Maki, B. E. (1991). *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument*. <https://www.researchgate.net/publication/21687774>
- Blackburn, E., Durocher, E., Feldman, D. E., Hudon, A., Laliberté, M., Mazer, B., & Hunt, M. (2018). Supporting, promoting, respecting and advocating: A scoping study of rehabilitation professionals' responses to patient autonomy. *Canadian Journal of Bioethics*, *1*(3), 22–34. <https://doi.org/10.7202/1058249ar>
- Blackburn, M., & Van Vliet, P. (2002). *Reliability of Measurements Obtained With the Modified Ashworth Scale in the Lower Extremities of People With Stroke*. <https://academic.oup.com/ptj/article/82/1/25/2836978>
- Braga, R. (2016). Reeducação da deglutição. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263–270). Lusodidacta.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação na pessoa com AVC*. Formasau.
- Cerqueira, A. V. B., & Grilo, E. N. (2019). PREVENÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *2*(1), 78–89. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574>
- Chen, H.-J., Chen, J.-L., Chen, C.-Y., Lee, M., Chang, W.-H., & Huang, T.-T. (2019). Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph16122228>
- CHENG, I. K. Y., CHAN, K. M. K., WONG, C., LI, L. S. W., CHIU, K. M. Y., CHEUNG, R. T. F., & YIU, E. M. L. (2017). NEURONAVIGATED HIGH-FREQUENCY REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION FOR CHRONIC POST-STROKE DYSPHAGIA: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, *49*(6), 475–481. <https://doi.org/10.2340/16501977-2235>

- Decreto-Lei Nº104/98 de 21 de Abril (1998).  
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>
- DGES. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*.  
[https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio\\_referenciacao\\_qnq\\_qeq.pdf](https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf)
- Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE Ordem dos Enfermeiros-Secção Regional Sul Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem "Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Deglutição Comprometida."*  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)
- Farpour, S., Asadi-Shekaari, M., Borhani Haghighi, A., & Farpour, H. R. (2023). Improving Swallowing Function and Ability in Post Stroke Dysphagia: A Randomized Clinical Trial. *Dysphagia*, 38(1), 330–339. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10470-0>
- Fernandes, J., & Sá, M. do C. (2021). *Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (2º edição). Papa Letras.
- Fernandes, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*.
- Figueira, S., Ribeiro, M., Lopes, P., Nunes, S., Mendes, T., Luís, N., Quintela, C., Mendes, J., Pires, P., Rodrigues, B., Oliveira, D., Semedo, A., Fonseca, A., Nobre, P., Salselas, S., Oliveira, A., Morais, D., Freitas, F., Martins, S., ... Pinto, T. (2025). *Guia de Enfermagem do AVC 1ª Edição Autores Guia elaborado pelo grupo de enfermagem em AVC-Portugal Angels Nurse Task Force. Fase Pré-hospitalar*.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 12–18). Lidel.
- Genentech. (2021). *Dad could lose everything to stroke REACT TO STROKE? REACT TO STROKE? BUT YOU HAVE NOTHING TO LOSE CALLING 911*.  
[https://www.strokeawareness.com/content/dam/gene/strokeawareness/patient/pdfs/Patient\\_Brochure.pdf](https://www.strokeawareness.com/content/dam/gene/strokeawareness/patient/pdfs/Patient_Brochure.pdf)
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da função respiratória. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253–262). Lusodidacta.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., & Xielesny, M. (1986). *Advances in functional assesment for medical rehabilitation*.
- Gu, M., & Huang, H. (2023). Effect of early rehabilitation nursing on neurological function and quality of life of patients with hemiplegia after stroke: A meta-analysis. In *Medicine (United States)* (Vol. 102, Issue 34, p. E34919). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034919>
- Guillen-Sola, A., Messaggi-Sartor, M., Ramírez-Fuentes, C., Marco, E., & Duarte, E. (2021). The Retornus-2 study: impact of respiratory muscle training in subacute stroke patients with dysphagia, study protocol of a double-blind randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05353-y>
- Hägglund, P., Hägg, M., Levring Jäghagen, E., Larsson, B., & Wester, P. (2020). Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC Neurology*, 20(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01980-1>

- Ho, Y.-H., Liu, H.-Y., & Huang, S.-T. (2014). The Prevalence and Signs of Dysphagia Among Stroke Patients in Rehabilitation Units. *Journal of Nursing*, 61(2), 54–62. <https://doi.org/10.6224/JN.61.2.54>
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). *Gait Assessment for Neurologically Impaired Patients Standards for Outcome Assessment*. <http://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Huang, L., Wang, Y., Sun, J., Zhu, L., Liu, J., Wu, Y., Shan, C., Yan, J., & Wan, P. (2023). Incidence and Risk Factors for Dysphagia Following Cerebellar Stroke: a Retrospective Cohort Study. *Cerebellum*, 23(4), 1293–1303. <https://doi.org/10.1007/s12311-023-01564-y>
- INE. (2023). *Causas de Morte por doenças do aparelho circulatório*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdes\\_t\\_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdes_t_boui=706996012&DESTAQUESmodo=2)
- INEM. (2025, March 31). *Dia Nacional do Doente com AVC – INEM encaminhou 22 por dia através da Via Verde do AVC - INEM*. [https://www.inem.pt/2025/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-22-por-dia-atraves-da-via-verde-do-avc/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.inem.pt/2025/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-inem-encaminhou-22-por-dia-atraves-da-via-verde-do-avc/?utm_source=chatgpt.com)
- Jandaghian-Bidgoli, M., Jamalnia, S., Pashmforosh, M., Shaterian, N., Darabiyan, P., & Rafi, A. (2025). Personalized nursing as the missing link of providing care: A systematic review. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02855-x>
- Le, H., Lui, F., & Lui, M. Y. (2024). Aphasia. *The Handbook of Language and Speech Disorders - NIH*, 286–309. <https://doi.org/10.1002/9781119606987.ch14>
- Liu, L., Daum, C., Miguel Cruz, A., Neubauer, N., Perez, H., & Ríos Rincón, A. (2022). Ageing, technology, and health: Advancing the concepts of autonomy and independence. *Healthcare Management Forum*, 35(5), 296–300. <https://doi.org/10.1177/08404704221110734>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 56–61.
- Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., & Lindberg, G. (2014). *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines Disfagia Diretrizes e cascatas mundiais*.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- Maruca, A. (2023). Empowering Health Journey: Dorothea Orem’s Self-care Deficit Theory in Patient Empowerment. *Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences Empowering Health Journey*. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.88>
- Medical Research Council. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Her Majesty’s Stationery Office. <https://www.ukri.org/wp-content/uploads/2021/12/MRC-011221AidsToTheExaminationOfThePeripheralNervousSystem.pdf>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- Mensah, G. A., Fuster, V., Murray, C. J. L., Roth, G. A., Abate, Y. H., Abbasian, M., Abd-Allah, F., Abdollahi, A., Abdollahi, M., Abdulah, D. M., Abdullahi, A., Abebe, A. M., Abedi, A., Abedi, A., Abiodun, O. O., Ali, H. A., Abu-Gharbieh, E., Abu-Rmeileh, N. M. E., Aburuz, S., ... Zyoud, S. H. (2023). Global Burden of Cardiovascular Diseases

- and Risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology*, 82(25), 2350–2473. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.11.007>
- Miguel, R. (2018). *REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*.
- Molenaar, E. A. L. M., Barten, J. A., te Velde, S., van der Schoot, L., Bleijenberg, N., de Wit, N. J., & Veenhof, C. (2023). Functional Independence in the Community Dwelling Older People: a Scoping Review. *Journal of Population Ageing*, 16(1), 243–262. <https://doi.org/10.1007/s12062-020-09315-1>
- Montezeli, J. H., de Almeida, K. P., & Haddad, M. do C. F. L. (2018). Nurses' perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>
- Mourão, A. M., Lemos, S. M. A., Almeida, E. O., Vicente, L. C. C., & Teixeira, A. L. (2016). Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CODAS*, 28(1), 66–70. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015072>
- N, Y. H. A. H., SOHN, H.-J., PARK, J.-S., N, T. G. A. H., SHIN, Y. B., PARK, M., Sung-Hwa, K. O., & SHIN, Y.-I. (2017). EFFECT OF BIHEMISPHERIC ANODAL TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION FOR DYSPHAGIA IN CHRONIC STROKE PATIENTS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 49(1), 30–35. <https://doi.org/10.2340/16501977-2170>
- NIH. (2023, May). *Stroke - What Is a Stroke?* | NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke>
- Norma n.º 008/2019. (n.d.). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares Quedas, prevenção, intervenção, hospital, adulto*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 76–81). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO APROVADO POR MAIORIA, COM ALTERAÇÕES, NA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 22 DE OUTUBRO DE 2011*. [http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio\\_preliminar.pdf](http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento nº 350/2015 Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6º ed). Morby.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Sassi, F. C., & Andrade, C. R. (2011). *deglutição comprometida numa unidade de intensivos - brasil*.
- Palmar-Santos, A. M., Oter-Quintana, C., Olmos, R., Pedraz-Marcos, A., & Robledo-Martin, J. (2023). A mixed methods study using case studies prepared by nursing students as a clinical practice evaluation tool. *Nursing Open*, 10(9), 6592–6601. <https://doi.org/10.1002/nop2.1919>
- Park, H., Oh, D., Yoon, T., & Park, J. (2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International Journal of*

*Language & Communication Disorders*, 54(3), 479–484.  
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12453>

- Park, J.-S., An, D.-H., Oh, D.-H., & Chang, M.-Y. (2018). Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. *NeuroRehabilitation*, 42(2), 191–197. <https://doi.org/10.3233/NRE-172250>
- Pereira, R. (2016). *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida - Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, uma oportunidade*. Lusodidata.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 47–55). Lusodidacta.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *competências comuns do enfermeiro especialista*.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). *Regulamento das competências específicas do EEER*.
- Regulamento nº 656/2021. (2021). *Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. 173–191.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23264/0017300191.pdf>
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lidel.
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023a). REHABILITATION NURSING PROGRAM FOR PEOPLE WITH IMPAIRED SWALLOWING IN THE CONTEXT OF STROKE: EXPLORATORY STUDY. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Sá, Oliveira, Almeida, Sacramento, & Oliveira. (2023b). REHABILITATION NURSING PROGRAM FOR PEOPLE WITH IMPAIRED SWALLOWING IN THE CONTEXT OF STROKE: EXPLORATORY STUDY. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitacao*, 6(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S. V., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J. M., Moseley, M. E., Peterson, E. D., Turan, T. N., Valderrama, A. L., & Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 44(7), 2064–2089.  
<https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>
- Selvanderan, S., Wong, S., Holloway, R., & Kuo, P. (2021). Dysphagia: clinical evaluation and management. *Internal Medicine Journal*, 51(7), 1021–1027.  
<https://doi.org/10.1111/imj.15409>
- Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: a pilot study. *BMC Nursing*, 22(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>
- Silva, A. (2016). *UNIVERSIDADE DO PORTO Modelação de um Software para Análise Qualitativa e Quantitativa da Deglutição Orofaríngea por Videofluoroscopia Dissertação do Mestrado em Informática Médica SETEMBRO 2016*.

- Simonelli, M., Ruoppolo, G., Iosa, M., Morone, G., Fusco, A., Grasso, M. G., Gallo, A., & Paolucci, S. (2019). A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, *44*(1), 103–110. <https://doi.org/10.3233/NRE-182526>
- Smithard, D. G., Smeeton, N. C., & Wolfe, C. D. A. (2007). Long-term outcome after stroke: Does dysphagia matter? *Age and Ageing*, *36*(1), 90–94. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl149>
- SPMI. (2021). *O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal - SPMI*. <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Steele, C., Bayley, M., Peladeau-Pigeon, M., Nagy, A., Namasivayam, A., Stokely, S., Wolkin, T., Steele, C. M., Bayley, M. T., Namasivayam, A. M., & Stokely, S. L. (2016). A Randomized Trial Comparing Two Tongue-Pressure Resistance Training Protocols for Post-Stroke Dysphagia. *Dysphagia* (0179051X), *31*(3), 452–461. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9699-5>
- Stotz, A., Hamacher, D., & Zech, A. (2023). Relationship between Muscle Strength and Gait Parameters in Healthy Older Women and Men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph20075362>
- Suntrup-Kruger, S., Ringmaier, C., Muhle, P., Warnecke, T., & Dziewas, R. (2017). Randomized controlled trial of TDCS for the treatment of poststroke dysphagia. *Dysphagia*, *32*(1), 170. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9766-y>
- Tarihci Cakmak, E., Sen, E. I., Doruk, C., Sen, C., Sezikli, S., & Yaliman, A. (2023). The Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation on Swallowing Functions in Post-stroke Dysphagia: A Randomized Controlled Trial. *Dysphagia*, *38*(3), 874–885. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10512-7>
- Teasdale Bryan Jennett, G. (1971). Assessment of coma and impaired consciousness a Practical Scale. In *J. Cancer in Five Continents* (Vol. 28). [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(74\)91639-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(74)91639-0)
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. In *Téóricas de Enfermagem e sua Obra* (5ª edição, pp. 211–224). Lusociência.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics - 2023 Update: A Report from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 147, Issue 8, pp. E93–E621). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Umay, E. K., Yaylaci, A., Saylam, G., Gundogdu, I., Gurcay, E., Akcapinar, D., & Kirac, Z. (2017). The effect of sensory level electrical stimulation of the masseter muscle in early stroke patients with dysphagia: A randomized controlled study. *Neurology India*, *65*(4), 734–742. [https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI\\_377\\_16](https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI_377_16)
- WHO. (2021). *World Stroke Day*. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>
- Wilkinson, J. M., Codipilly, D. C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American Family Physician*, *103*(2), 97–106.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=EPTOC152643843&lang=pt-pt&site=ehost-live>

WSO. (2017). *World\_Stroke Org - Risk factors 2017\_Brochure*.

WSO. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*.  
<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Yang, S., Choo, Y. J., & Chang, M. C. (2021). The preventive effect of dysphagia screening on pneumonia in acute stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Switzerland)*, *9*(12).  
<https://doi.org/10.3390/healthcare9121764>

Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H. V., & Hua, F. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2020, Issue 12). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>

Zhong, L., Wen, X., Liu, Z., Li, F., Ma, X., Liu, H., & Chen, H. (2023). Effects of bilateral cerebellar repetitive transcranial magnetic stimulation in poststroke dysphagia: A randomized sham-controlled trial. *NeuroRehabilitation*, *52*(2), 227–234.  
<https://doi.org/10.3233/NRE-220268>

## 9. Apêndices

### Apêndice I – Escala de Coma de Glasgow

Observações Clínicas		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Sem resposta verbal	1
Resposta Motora	Obedece a ordens simples	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada a dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

### Apêndice II – Escala de Força Muscular (MRC)

Observações clínicas	Grau
Sem contração muscular visível ou palpável.	0
Contração muscular mínima, palpável mas sem movimento do membro.	1
Movimento do membro mas sem vencer gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular.	2
Movimento muscular que vence gravidade ao longo de quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência.	3
Movimento muscular contra resistência moderada e vence gravidade.	4
Força do movimento normal.	5

### Apêndice III – Escala modificada de Ashworth

Observações clínicas	Grau
Tónus muscular normal	0
Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão	1
Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta seguida da resistência mínima, em menos da metade da amplitude de movimento restante.	1+
Aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas.	2
Aumento considerável do tónus muscular, movimento passivo difícil.	3
Partes afetadas rígidas na flexão ou na extensão.	4

Apêndice VI – Escala de Berg

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

Legenda:

0 – impossível executar, necessita de ajuda máxima.

4 – consegue executar sem ajuda, independente.

**Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>Vígil</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição sem alteração	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Escape de saliva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	<b>(5)</b>	
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

**Secção 2. Teste de deglutição directo** (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

<b>Seguir a ordem:</b>	<b>1 →</b>	<b>2 →</b>	<b>3 →</b>
	<b>SEMISSÓLIDO*</b>	<b>LÍQUIDO**</b>	<b>SÓLIDO***</b>
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Sem alteração	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ESCAPE DE SALIVA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>MODIFICAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “i”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>TOTAL:</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>
	1 – 4= Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 =Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 =Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b> (20)	_____		

Apêndice VI – Medida de Independência Funcional (MIF)

<b>Autocuidados</b>	<b>Score</b>
Alimentação	
Higiene Pessoal	
Banho (lavar o corpo)	
Vestir a metade superior	
Vestir a metade Inferior	
Utilização da Sanita	
<b>Controlo de Esfíncteres</b>	
Bexiga	
Intestinal	
<b>Mobilidade/Transferências</b>	
Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	
Sanita	
Duche/Banheira	
<b>Locomoção</b>	
Marcha/ Cadeira de Rodas	
Escadas	
<b>Comunicação</b>	
Compreensão (auditiva/visual)	
Expressão (vocal/ não vocal)	
<b>Cognição Social</b>	
Interação Social	
Resolução de Problemas	
Memória	
<b>Total</b>	
<p><b>Legenda:</b></p> <p>7 – Independência completa (segurança, em tempo normal).          6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)  <b>Dependência modifica (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço)</b>          5 – Supervisão          4 – Ajuda mínima (indivíduo <math>\geq</math> 75%)          3 – Ajuda moderada (indivíduo <math>\geq</math> 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço)          2 – Ajuda máxima (indivíduo <math>\geq</math> 25%)          1 – Ajuda total (indivíduo <math>&lt;</math> 25 %)</p>	

Apêndice VII – Índice de Barthel

<u>Alimentação</u>	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
<u>Transferências</u>	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se. 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
<u>Toalete</u>	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
<u>Utilização do WC</u>	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
<u>Banho</u>	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
<u>Mobilidade</u>	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
<u>Subir e descer escadas:</u>	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
<u>Vestir</u>	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
<u>Controlo Intestinal</u>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)
<u>Controlo Urinário</u>	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)
<b><u>Legenda de resultados</u></b>	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

APÊNDICE 10 – Estudo de caso: UCC



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

# **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

## **ESTUDO DE CASO: ECCI SEIXAL**

**Miguel Selidónio Lopes Cunha**

**Almada**

**2024**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

## **MESTRADO EN ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### **ESTUDO DE CASO: ECCI SEIXAL**

Trabalho submetido por  
**Miguel Selidónio Lopes Cunha**

Trabalho orientado por: Professora Ana Romão

**Almada**

**2024**

## **Lista de Siglas:**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FC - Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

TA – Tensão Arterial

TT – Temperatura Timpânica

# ÍNDICE

1. Introdução .....	5
2. Colheita de dados .....	7
3. Exame físico e Avaliação funcional:.....	9
4.1. Estado Mental:.....	11
4.2. Pares Cranianos .....	12
4.3. Motricidade .....	13
4.4. Sensibilidade: .....	18
4.5. Equilíbrio e Marcha .....	18
5. Avaliação da deglutição.....	20
6. Autocuidado .....	21
7. Plano de cuidados .....	25
8. Contributo de Dorothea Orem .....	39
9. Conclusão .....	42
10. Referências Bibliográficas .....	43
11. Apêndices .....	45

## **Índice de quadros:**

Quadro 1: Avaliação dos sinais vitais. ....	9
Quadro 2: Avaliação do estado mental. ....	12
Quadro 3: Avaliação dos pares cranianos. ....	13
Quadro 4: Avaliação da força muscular .....	15
Quadro 5: Avaliação do tônus muscular .....	17
Quadro 6: Escala de Berg .....	19
Quadro 7: Categorias Funcionais da Marcha .....	20
Quadro 8: Avaliação da medida de independência funcional .....	22
Quadro 9: Índice de Barthel .....	23
Quadro 10: Escala de Morse .....	24

# 1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio inserido no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de reabilitação, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, foi proposta a realização de um estudo de caso que desenvolva as competências específicas da enfermagem de reabilitação.

Este estudo de caso foi elaborado durante o período de estágio realizado numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), tendo como referência para a sua construção a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) bem como o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação.

Segundo o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação o EEER "(...) intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social "(OE, 2015, pp 3).

A intervenção do EEER revela-se fundamental no acompanhamento de um doente que regressa ao domicílio, sobretudo quando este enfrenta desafios relacionados com a adaptação ao seu novo estado funcional. Cabe-lhe então responsabilizar-se por um retorno e adaptação do utente ao domicílio e á sua nova realidade funcional, através da implementação de estratégias que promovam a autonomia e que previnam complicações decorrentes da imobilidade ou das limitações funcionais. Além disso, para facilitar a reintegração ao seu novo quotidiano no domicílio, o EEER deve orientar e educar tanto o doente quanto seus cuidadores e familiares, capacitando-os para a gestão eficaz dos cuidados contínuos e o uso adequado de produtos e equipamentos de apoio, procurando não só promover a autonomia do utente, mas também melhorar sua qualidade de vida, garantindo que se alcance o maior grau de independência possível.

Assim, com a realização deste estudo de caso, pretende-se aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas de enfermagem de reabilitação, tendo como base a prática baseada na evidência. Durante todo o processo de recolha de dados, foram assegurados todos os aspetos éticos e legais, garantindo sempre a segurança do utente e o sigilo profissional.

## 2. Colheita de dados

<b>Nome:</b>	IC
<b>Idade:</b>	60 anos
<b>Género:</b>	Feminino
<b>Etnia:</b>	Caucasiana
<b>Nacionalidade:</b>	Portuguesa
<b>Residência:</b>	Torre da marinha, Seixal
<b>Profissão:</b>	Operária
<b>Estado Civil:</b>	Casada
<b>Condição habitacional:</b>	Reside num apartamento no 2º andar sem elevador. Wc com banheira, desconhecem-se outras barreiras arquitetónicas.
<b>Condição familiar:</b>	Vive com esposo e 2 filhas que dão apoio.
<b>História de doença Atual:</b>	<p>Utente internada a 25/05/2024 no Hospital [REDACTED] por AVC isquémico multiterritorial à direita. Durante o internamento verificada endocardite com regurgitação aórtica grave, tendo posteriormente sido referenciada para cirurgia no Hospital [REDACTED].</p> <p>A 23/08/2024 submetida a cirurgia à válvula aórtica com alta a 27/08/2024 sendo referenciada para ECCI para programa de reabilitação para treino de marcha, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular generalizado.</p>
<b>Motivo de referenciação para ECCI:</b>	Programa de reabilitação para treino de marcha, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular generalizado.
<b>Antecedentes pessoais:</b>	Hipertensão Arterial; S/P Cirurgia Síndrome do túnel cárpico (2022) S/P Redução mamária e abdominoplastia (2014) S/P Cesariana e posterior Histerectomia (2006)
<b>Hábitos:</b>	Sem hábitos tabágicos e/ou alcoólicos.

<b>Alergias:</b>	Sem alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas.
<b>Nível de independência prévia:</b>	Utente previamente autónoma nas atividades da vida diária.
<b>Terapêutica de domicílio:</b>	Beta-histina oral 24mg 1x/dia Maltofer oral 357 mg/5 mL 1x/dia Tramadol oral 100 mg (SOS) Suspendida medicação anti-hipertensora em março de 2024 por episódios recorrentes de hipotensão e síncope.

## 2.1. Resumo de evolução clínica

Utente internada a 25/05/2024 no Hospital [REDACTED] por AVC isquémico multiterritorial à direita com sintomatologia associada de parésia facial central direita, ligeira disartria e diminuição da força do membro superior e inferior esquerdo. Durante o internamento verificada endocardite com regurgitação aórtica grave, tendo posteriormente sido referenciada para cirurgia no Hospital [REDACTED].

A 23/08/2024 submetida a cirurgia à válvula aórtica, procedimento decorreu sem intercorrências. Teve alta a 27/08/2024 sendo referenciada para ECCI para programa de reabilitação para treino de marcha, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular generalizado.

## 2.2. Cirurgias realizadas

23/08/2024: Substituição de válvula aórtica no contexto de regurgitação aórtica secundária a endocardite.

## 2.3. Meios complementares de diagnóstico:

S/ conhecimento.

### 3. Exame físico e Avaliação funcional:

#### Dados Antropométricos (16/10/2024):

Peso: 60 kg

Altura: 1,62 cm

#### Exame físico (16/10/2024):

Utente apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta cicatriz de ferida cirúrgica na região do tórax, já sem material de sutura e bordos aderentes, restante pele integra. Ligeiro edema dos membros inferiores. Abdómen mole e depressível, sem defesa a palpação, utente refere não apresentar alterações na periodicidade da eliminação intestinal e vesical. Tronco e membros simétricos, de características normais, sem tumefações ou massas palpáveis.

#### Sinais vitais

<u>16/10/2024</u>	<u>24/10/2024</u>	<u>31/10/2024</u>
<b>TA:</b> 99/ 66 mmhg	<b>TA:</b> 95/ 64 mmhg	<b>TA:</b> 102/ 66 mmhg
<b>FC:</b> 69 bpm	<b>FC:</b> 70 bmp	<b>FC:</b> 69 bpm
<b>TT:</b> 36,2 °C	<b>TT:</b> 36,1 °C	<b>TT:</b> 36,7 °C
<b>SPO2:</b> 98%	<b>SPO2:</b> 98%	<b>SPO2:</b> 99%
<b>FR:</b> 17 rpm	<b>FR:</b> 17 rpm	<b>FR:</b> 17 rpm

Quadro 1: Avaliação dos sinais vitais. Fonte: Próprio

#### 3.1. Avaliação da função respiratória

16/10/2024

**Inspeção:** Tórax com morfologia normal, apresenta cicatriz no centro do tórax por cirurgia major de substituição de válvula aórtica. Sem outras deformidades ou abaulamentos visíveis, simétrico. Respiração regular, simétrica, superficial com expansão torácica visível. Sem outros sinais de dificuldade respiratória como cianose periférica, adejo nasal ou tiragem.

**Palpação:** Traqueia anatomicamente centrada, sem deformidades palpadas. Sem dor a palpação.

**Percussão:** Timbres claros em todas as regiões, bilateralmente.

**Auscultação:** Detetado murmúrio vesicular em todas as regiões, sem ruídos adventícios verificados.

**Tosse:** Reflexo de tosse presente e eficaz.

## 4. Avaliação neurológica

A avaliação neurológica compreende um pilar importante na avaliação inicial da pessoa para que se consiga delinear um plano de reabilitação adaptado e individualizado. Uma correta e fidedigna avaliação do estado neurológico pode ser a chave para o sucesso da intervenção do EEER (Menoita, 2012). Relativamente ao grau de consciência, foi utilizada a escala de coma de Glasgow (Teasdale Bryan Jennett, 1971), (Apêndice I).

### 4.1. Estado Mental:

	<b>16/10/2024</b>	<b>24/10/2024</b>	<b>31/10/2024</b>
Consciência	Escala de Glasgow score 15, abertura ocular espontânea, resposta verbal manida e cumpre comandos.	Escala de Glasgow score 15, abertura ocular espontânea, resposta verbal manida e cumpre comandos.	Escala de Glasgow score 15, abertura ocular espontânea, resposta verbal manida e cumpre comandos.
Orientação	Orientação Auto e Alopsíquica preservada.	Orientação Auto e Alopsíquica preservada.	Orientação Auto e Alopsíquica preservada.
Atenção	Vigilância, concentração e tenacidade preservadas.	Vigilância, concentração e tenacidade preservadas.	Vigilância, concentração e tenacidade preservadas.
Memória	Ligeira dificuldade na memória a curto prazo.	Ligeira dificuldade na memória a curto prazo.	Memória imediata, recente e remota preservada.

Capacidades práticas	Capacidades práticas mantidas, consegue realizar gestos simbólicos e icónicos.	Capacidades práticas mantidas, consegue realizar gestos simbólicos e icónicos.	Capacidades práticas mantidas, consegue realizar gestos simbólicos e icónicos.
Negligência hemiespacial unilateral	Sem défices.	Sem défices	Sem défices
Língua	Avaliação informal: Com discurso espontâneo, consegue compreender, nomear e repetir.	Avaliação informal: Com discurso espontâneo, consegue compreender, nomear e repetir.	Avaliação informal: Com discurso espontâneo, consegue compreender, nomear e repetir.

Quadro 2: Avaliação do estado mental. Fonte: Próprio

## 4.2. Pares Cranianos

Avaliação dos pares cranianos segundo Menoita (2012, pp. 49–58).

	<b>16/10/2024</b>	<b>31/10/2024</b>
I (Olfativo)	Utente reconhece cheiro a vinagre, café e Champô.	Utente reconhece cheiro a vinagre, café e Champô.
II (Ótico)	Sem alterações.	Sem alterações.

III, IV, VI (Óculomotor, troclear, e motor ocular externo)	Ambas pupilas isocóricas reativas. oculares e foto Movimentos preservados.	Ambas pupilas isocóricas reativas. oculares e foto Movimentos preservados.
V (Trigêmeo)	Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservadas em ambas as hemifaces, nas três divisões do Trigêmeo.	Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservadas em ambas as hemifaces, nas três divisões do Trigêmeo.
VII (Facial)	Sem parésias faciais. Consegue sorrir e franzir as sobrancelhas.	Sem parésias faciais. Consegue sorrir e franzir as sobrancelhas.
VIII (Vestíbulo-Coclear)	Acuidade auditiva preservada. Apresenta desequilíbrio dinâmico na posição ortostática.	Acuidade auditiva preservada. Apresenta ligeiro desequilíbrio dinâmico na posição ortostática.
IX (Glossofaríngeo)	Movimento do palato e úvula preservados. Doente identifica sabor ácido, amargo e doce (vinagre, café, marmelada).	Movimento do palato e úvula preservados. Doente identifica sabor ácido, amargo e doce (vinagre, café, marmelada).
X (Vago)	Reflexo do vômito preservado.	Reflexo do vômito preservado.

XI (Espinhal)	Força esternocleidomastóideo e trapézios preservada, lateraliza a cabeça e eleva ombros contra resistência.	doForça do esternocleidomastóideo e trapézios preservada, lateraliza a cabeça e eleva ombros contra resistência.
XII (Grande Hipoglosso)	Utente consegue realizar protusão da língua e realizar movimentos para a esquerda e direita. Sem estase salivar presenciada.	Utente consegue realizar protusão da língua e realizar movimentos para a esquerda e direita. Sem estase salivar presenciada.

Quadro 3: Avaliação dos pares cranianos. Fonte: Próprio

## 4.3. Motricidade

### 4.3.1. Força muscular

Para garantir uma compreensão abrangente da força muscular do utente, a avaliação da motricidade foi realizada com recurso á escala MRC (Medical Research Council) (MRC, 1976), (apêndice II), sendo avaliados os diferentes segmentos corporais:

Segmentos corporais	Movimentos	Avaliação 16/10/2024		Avaliação 24/10/2024		Avaliação 31/10/2024	
		D	E	D	E	D	E
Pescoço	Flexão	5		5		5	
	Extensão	5		5		5	
	Flexão lateral esquerda	5		5		5	
	Flexão lateral direita	5		5		5	
	Rotação	5		5		5	
<b>Membros superiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Gleno-umeral	Elevação	5	5	5	5	5	5

	Depressão	5	5	5	5	5	5
	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Rotação Interna	5	5	5	5	5	5
	Rotação Externa	5	5	5	5	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Antebraço	Supinação	5	5	5	5	5	5
	Pronação	5	5	5	5	5	5
Punho	Circundação	5	5	5	5	5	5
	Desvio cubital	5	5	5	5	5	5
	Desvio Radial	5	5	5	5	5	5
	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
Dedos da mão	Adução	5	5	5	5	5	5
	Abdução	5	5	5	5	5	5
	Flexão	5	5	5	5	5	5
	Extensão	5	5	5	5	5	5
	Oponência do polegar	5	5	5	5	5	5
	Circundação	5	5	5	5	5	5
<b>Membros Inferiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Coxo-femoral	Adução	4	4	5	4	5	4
	Abdução	4	4	5	4	5	4
	Flexão	4	4	5	4	5	4

	Extensão	4	4	5	4	5	4
	Rotação Interna	5	3	5	4	5	4
	Rotação Externa	5	3	5	4	5	4
Joelho	Flexão	5	3	5	4	5	4
	Extensão	5	3	5	4	5	4
Tibiotársica	Flexão Plantar	5	3	5	4	5	4
	Flexão Dorsal	5	3	5	4	5	4
	Inversão	5	3	5	4	5	4
	Eversão	5	3	5	4	5	4
Dedos do pé	Adução	5	3	5	4	5	4
	Abdução	5	3	5	4	5	4
	Flexão	5	3	5	4	5	4
	Extensão	5	3	5	4	5	4

Quadro 4: Avaliação da força muscular segundo a Medical Research Council (1976). Legenda: D: direito; E: esquerdo.

#### 4.3.2. Tónus muscular

Relativamente á avaliação do tónus muscular, foi utilizada a escala modificada de Ashworth (Blackburn & Van Vliet, 2002), (apêndice III).

Segmentos corporais	Movimentos	Avaliação	Avaliação	Avaliação
		16/10/2024	24/10/2024	31/10/2024
Pescoço	Flexão	0	0	0
	Extensão	0	0	0
	Flexão lateral esquerda	0	0	0

	Flexão lateral direita	0	0	0	0	0	0
	Rotação	0	0	0	0	0	0
<b>Membros superiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Gleno-umeral	Elevação	0	0	0	0	0	0
	Depressão	0	0	0	0	0	0
	Adução	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Rotação Interna	0	0	0	0	0	0
	Rotação Externa	0	0	0	0	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Antebraço	Supinação	0	0	0	0	0	0
	Pronação	0	0	0	0	0	0
Punho	Circundação	0	0	0	0	0	0
	Desvio cubital	0	0	0	0	0	0
	Desvio Radial	0	0	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Dedos da mão	Adução	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Oponência do polegar	0	0	0	0	0	0

	Circundação	0	0	0	0	0	0
<b>Membros Inferiores</b>		<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Coxo-femoral	Adução	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
	Rotação Interna	0	0	0	0	0	0
	Rotação Externa	0	0	0	0	0	0
Joelho	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0
Tibiotársica	Flexão Plantar	0	0	0	0	0	0
	Flexão Dorsal	0	0	0	0	0	0
	Inversão	0	0	0	0	0	0
	Eversão	0	0	0	0	0	0
Dedos do pé	Adução	0	0	0	0	0	0
	Abdução	0	0	0	0	0	0
	Flexão	0	0	0	0	0	0
	Extensão	0	0	0	0	0	0

Quadro 5: Avaliação do tónus muscular através da escala de espasticidade de Ashworth, adaptado de Blackburn & Van Vliet (2002). Legenda: D: direito; E: esquerdo.

#### 4.3.3. Coordenação:

16/10/2024

- Membros superiores

Prova indéx-nariz: Sem alterações, utente consegue colocar o dedo corretamente no nariz com os olhos fechados, bilateralmente.

- Membros Inferiores:

Prova calcanhar Joelho: Sem alterações, utente consegue tocar nos joelhos com o calcanhar, bilateralmente.

## 4.4. Sensibilidade

16/10/2024

Sensibilidade superficial: Utente apresenta sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservada nos quatro membros e restante corpo.

Sensibilidade Profunda: Utente com batiestesia, bariestesia e paliestesia preservadas.

## 4.5. Equilíbrio e Marcha

### 4.5.1. Escala de Berg

Para a avaliação do equilíbrio foi utilizada a escala de Berg para melhor compreender o grau de comprometimento do equilíbrio e dependência do utente (Berg & Maki, 1991), (apêndice IV).

<b>Itens</b>	<b>16/10/2024</b>	<b>24/10/2024</b>	<b>31/10/2024</b>
1.Sentado para em pé	3	4	4
2.Em pé sem apoio	4	4	4
3.Sentado sem apoio	4	4	4
4.Em pé para sentado	4	4	4
5.Transferências	3	4	4
6.Em pé com olhos fechados	4	3	4
7.Em pé com os pés juntos	3	3	4
8.Reclinar à frente com braços estendidos	3	4	4
9.Apanhar objeto do chão	3	4	4

10. Virar para olhar para trás	3	3	4
11. Girando 360 graus	3	3	4
12. Colocar pés alternadamente sobre o degrau	3	3	4
13. Em pé com um pé em frente do outro	3	3	4
14. Em pé apenas sobre uma perna	2	3	3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>49</b>	<b>55</b>

Quadro 6: Escala de Berg, adaptado de Berg & Maki(1991)

#### 4.5.2. Avaliação da marcha

Para uma avaliação detalhada da capacidade e execução da marcha da utente, recorreu-se ao método das categorias Funcionais da Marcha (Holden et al., 1986), (apêndice V).

<b>Definição</b>	<b>Score</b>	<b>16/10</b>	<b>24/10</b>	<b>31/10</b>
A pessoa não pode andar ou requer apoio de duas ou mais pessoas.	0			
A pessoa necessita de apoio de pessoa contínuo que ajude no seu peso e equilíbrio.	1			
A pessoa depende de suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando o equilíbrio ou coordenação.	2			
A pessoa necessita apenas supervisão	3			
A pessoa necessita de apoio apenas para subir e descer escadas	4	x	x	
A pessoa é independente na marcha em qualquer lugar.	5			x

Quadro 7: Categorias Funcionais da Marcha, adaptado de Holden et al. 1986.

## 5. Avaliação da deglutição

### **16/10/2024:**

A avaliação da deglutição deve ser considerada de caráter prioritário num doente sobrevivente de AVC (Domingos & Veríssimo, 2014). Antes do início da avaliação da deglutição e de administrar qualquer líquido ou sólido certificou-se a posição correta da cabeça na posição de sentada avaliação da saúde e higiene oral e pares cranianos envolvidos no processo de deglutição.

Avaliação da cavidade oral: Dentição completa, mucosas coradas e hidratadas. Sem inflamação gengival e sem feridas.

#### Pares cranianos envolvidos na deglutição:

Trigêmeo: Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica preservadas em ambas as hemifaces, nas três divisões do Trigêmeo.

Facial: Sem parésias faciais. Consegue sorrir e franzir as sobrancelhas.

Glossofaríngeo: Movimento do palato e úvula preservados. Doente identifica sabor ácido, amargo e doce (vinagre, café, marmelada).

Vago: Reflexo do vômito preservado.

Espinal: Força do esternocleidomastóideo e trapézios preservada, lateraliza a cabeça e eleva ombros contra resistência.

Grande Hipoglosso: Utente consegue realizar protusão da língua e realizar movimentos para a esquerda e direita. Sem estase salivar presenciada.

Na avaliação da deglutição foi incluído o teste de Guss (Gugging Swallowing Screen) que compreende uma avaliação preliminar e um teste de deglutição direto (AbdelHamid & Abo-Hasseba, 2017), (apêndice VI).

### **16/10/2024**

1º secção: Avaliação preliminar/ Teste de deglutição indireto:

1. Utente vígil: Sim (1 ponto) 2. Tosse e/ou

pigarreio: Sim (1 ponto)

3. Deglutição de saliva:

i. Deglutição sem alteração: Sim (1 ponto)

ii. Escape de Saliva: Não (1 ponto)

iii. Modificação da Voz: Não (1 ponto)

Pontuação da 1º secção: 5 pontos. Utente apresenta condições para realização da 2º secção: Teste de deglutição direto:

- Teste de deglutição com consistência pudim (semissólido): Deglutição sem alterações (5 pontos).
- Teste de deglutição com consistência líquida: Deglutição sem alterações (5 pontos).
- Teste de deglutição com consistência sólida: Deglutição sem alterações (5 pontos).

Pontuação da 2º secção: 15 pontos.

Pontuação total: 20 pontos. Utente não apresenta qualquer alteração da deglutição.

## 6. Autocuidado

Relativamente à avaliação do nível de dependência do autocuidado, foram utilizadas Escala de Medida de Independência Funcional (Granger et al., 1986) (apêndice VII) e o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), (apêndice VIII).

### 6.1. MIF: Medida de Independência Funcional

	16/10/2024	24/10/2024	31/20/204
<b>Autocuidados</b>			
Alimentação	7	7	7
Higiene Pessoal	7	7	7
Banho (lavar o corpo)	6	6	7
Vestir a metade superior	7	7	7
Vestir a metade Inferior	7	7	7
Utilização da Sanita	7	7	7
<b>Controlo de Esfíncteres</b>			
Bexiga	7	7	7
Intestinal	7	7	7
<b>Mobilidade/Transferências</b>			

Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	7	7	7
Sanita	7	7	7
Duche/Banheira	6	6	7
<b>Locomoção</b>			
Marcha/ Cadeira de Rodas	7	7	7
Escadas	4	5	7
<b>Comunicação</b>			
Compreensão (auditiva/visual)	7	7	7
Expressão (vocal/ não vocal)	7	7	7
<b>Cognição Social</b>			
Interação Social	7	7	7
Resolução de Problemas	7	7	7
Memória	4	7	7
<b>Total</b>	<b>118/126</b>	<b>122/126</b>	<b>126/126</b>

Quadro 8: Escala de avaliação do nível de dependência do autocuidado, adaptado de Granger et al. (1986)

## 6.2. Índice de Barthel

	16/10/2024	24/10/2024	31/10/2024
<b>Alimentação</b>	10	10	10
<b>Transferências</b>	10	10	15
<b>Toalete</b>	5	5	5
<b>Utilização do WC</b>	10	10	10
<b>Banho</b>	5	5	5
<b>Mobilidade</b>	15	15	15
<b>Subir e descer escadas</b>	5	5	10
<b>Vestir</b>	10	10	10

<b>Controlo Intestinal</b>	10	10	10
<b>Controlo Urinário</b>	10	10	10
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Quadro 9: Índice de Barthel, adaptado de Mahoney & Barthel(1965)

### 6.3. Risco de queda: escala de Morse

A Escala de Morse foi utilizada como ferramenta para avaliar o risco de queda da utente ([Norma n.º 008/2019, pp 1-17]), (apêndice IX).

	<b>16/10</b>	<b>24/10</b>	<b>31/10</b>
<b>1.</b> História de Quedas, no internamento ou nos últimos 3 meses. Não Sim	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2.</b> Diagnósticos secundários Não Sim	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>
<b>3.</b> Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>0</b>
<b>4.</b> Terapia intravenosa Não Sim	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>5.</b> Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>0</b>
<b>6.</b> Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>65- Alto risco de queda</b>	<b>65- Alto risco de queda</b>	<b>15- Sem Risco de queda</b>

Quadro 10: Escala de morse, adaptado de Norma n.º 008/2019

## 7. Plano de cuidados

Foco: Memória	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Diagnóstico de Enfermagem:</b></p> <p>Memória recente comprometida</p> <p>Potencial para melhorar capacidade de memória.</p>	<p>Melhorar e recuperar estado de cognição prévia.</p> <p>Reduzir o impacto emocional e social da memória comprometida</p>	<p>Avaliar o estado mental da utente incluindo: avaliação do estado de consciência através da escala de coma de Glasgow; avaliação da orientação; memória; atenção; capacidades práxicas; presença de negligência hemiespacial e linguagem.</p> <p>Utilizar discurso simples e claro.</p> <p>Executar exercícios de estimulação e treino de memória imediata, recente e remota:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolha de uma palavra em que a utente teria que escreve 3 frases com essa palavra;</li> <li>• Todas as sessões eram escolhidas 3 palavras diferentes e a utente teria que as lembrar na sessão seguinte;</li> <li>• Estimulada interação social e discurso, lembrado situações de vida passadas e onde a doente cresceu e trabalhou;</li> <li>• Realizados jogos de estimulação de memória em algumas das sessões (jogo do Stop e jogo com cartas viradas para baixo).</li> </ul> <p>Ensinar e instruir sobre estratégias de adaptação (escrever num bloco de notas).</p> <p>Ensinar a família sobre estratégias de comunicação eficazes para apoiar a utente</p>	<p><b>16/10/2024</b></p> <p>Ligeira dificuldade na memória recente.</p> <p>Utente apenas consegue relembrar 1 palavra de 3 após 5 minutos e nenhuma após 10 minutos.</p> <p>Não se lembra do que comeu ao jantar no dia anterior, necessitou de ajuda da família.</p> <p>Com potencial para melhorar capacidade de memória.</p> <p>Com capacidade para obter estratégias de adaptação.</p> <p><b>24/10/2024</b></p> <p>Capacidade de memória recente melhorada.</p> <p>Consegue relembrar todas as palavras após 5 minutos, com dificuldade a relembrar após 15 minutos.</p> <p>Demonstra ligeira dificuldade em relembrar o que juntou no dia anterior.</p> <p>Mantém potencial para melhorar capacidade de memória.</p> <p>Com potencial para melhorar capacidade de memória.</p>

<p>16/10/2024</p> <p><b>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</b></p> <p>24/10/2024, 31/10/2024</p> <p><b>Sistema de enfermagem apoio- educação</b></p>		<p>no dia a dia, sem causar dependência excessiva.</p>	<p>Utente utiliza estratégias de adaptação (caderno) para auxílio das tarefas diárias do domicílio.</p> <p><b>31/10/2024</b></p> <p>Capacidade de memória recente melhorada.</p> <p>Consegue relembrar todas as palavras após 5 e 15 minutos.</p> <p>Consegue relembrar o que almoçou e jantou no dia anterior.</p> <p>Com potencial para continuar programa de treino de memória autonomamente.</p> <p>Utente não sente necessidade de utilizar caderno de anotações para auxílio nas tarefas diárias do domicílio.</p>
--	--	--	--

<b>Foco:</b> Movimento Muscular	<b>Objetivos:</b>	<b>Intervenções do EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Movimento muscular diminuído (membros inferiores)</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>Melhorar movimento muscular</p> <p>Preservar mobilidade articular</p> <p>Preservar flexibilidade</p> <p>Preservar flexibilidade</p> <p>Prevenir instalação de espasticidade</p> <p>Melhorar conhecimento sobre exercícios e técnicas de manutenção e preservação da saúde muscular e articular.</p> <p>Melhorar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular</p>	<p>Avaliar força muscular através da escala de Força Muscular Medical Research Council (MRC);</p> <p>Avaliar o tônus muscular através da escala modificada de Ashworth;</p> <p>Avaliar capacidade de conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>Avaliar capacidade de execução das técnicas de exercício muscular e articular;</p> <p>Executar técnicas de exercício muscular e articular dos membros inferiores (mobilizações ativas livres e mobilizações ativas resistidas com auxílio de bandas elásticas), sempre considerando sempre a tolerância ao limiar da dor e cansaço da doente:  Adução/Abdução da coxofemoral (10 repetições com e sem resistência de bandas elásticas),  Flexão/Extensão da coxofemoral (10 repetições),  Flexão/Extensão do joelho (10 repetições com e sem bandas elásticas).</p> <p>Avaliar a adesão ao programa de exercícios.</p> <p>Ensinar e instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular (automobilizações,</p>	<p><b>16/10/2024</b></p> <p>Força Muscular na escala de MRC grau 3 no membro inferior esquerdo e grau 5 no membro inferior direito.</p> <p>Utente motivada para participar no programa de reabilitação;</p> <p>Com capacidade para obter conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</p> <p>Realiza plano de exercícios e fortalecimento muscular e articular (realiza automobilizações e exercícios com resistência de bandas elásticas e aplicação de resistência com a mão do EEER.</p> <p>Com capacidade para executar exercícios de fortalecimento muscular e articular, mas com necessidade de supervisão.</p> <p>Ligeira dificuldade nos exercícios de treino da adução/abdução da coxofemoral.</p> <p><b>24/10/2024</b></p> <p>Força muscular de escala de MRC grau 4 no membro inferior esquerdo e grau 5 no membro inferior direito.</p>

<p>16/10/2024</p> <p><b>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</b></p> <p>24/10/2024, 31/10/2024</p> <p><b>Sistema de enfermagem apoio-educação</b></p>		<p>exercícios de fortalecimento muscular com resistência de bandas elásticas, exercícios de motricidade fina);</p> <p>Fornecer folheto informativo com programa de exercícios para realizar autonomamente no domicílio;</p> <p>Motivar a utente reforçando a importância do programa de exercícios.</p>	<p>Utente mantém motivação para participar no programa de reabilitação.</p> <p>Executa plano de exercícios de fortalecimento muscular e articular com supervisão.</p> <p>Consegue autonomamente colocar bandas elásticas e realizar exercícios com resistência, incrementando gradualmente a resistência.</p> <p><b>31/20/2024</b></p> <p>Força muscular na escala de MRC de grau 4 no membro inferior esquerdo e grau 5 no membro inferior direito.</p> <p>Utente mantém motivação para continuar programa de reabilitação e para trabalho autónomo no domicílio.</p> <p>Demonstra conhecimento sobre plano de reabilitação, execução e técnica correta dos exercícios de fortalecimento muscular e articular.</p> <p>Consegue realizar programa de exercícios autonomamente com auxílio de guia de apoio com os exercícios mencionados.</p>
--	--	---	---

Foco: Equilíbrio Corporal	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Equilíbrio dinâmico comprometido</p> <p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio.</p> <p>Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios para treino de equilíbrio</p> <p>Potencial para melhorar a</p>	<p>Melhorar o equilíbrio corporal, conhecimentos e estratégias.</p>	<p>Avaliar e monitorizar o equilíbrio corporal através da escala de Berg.</p> <p>Avaliar presença de posições viciosas.</p> <p>Certificar que utente utiliza calçado adequado para treino de equilíbrio.</p> <p>Ensinar e explorar com a utente a relação entre o equilíbrio corporal e o risco de queda.</p> <p>Analisar com a utente relação entre controlo postural e equilíbrio.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar alternância de cargas dos membros inferiores.</p> <p>Ensinar, instruir e executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado e em pé).</p> <p>Ensinar e instruir sobre técnicas de conservação de energia durante programa de reabilitação.</p> <p>Ensinar, instruir e executar técnica de treino de equilíbrio dinâmico (salientar importância de uma boa base de sustentação e alternância de carga dos membros inferiores).</p>	<p><b>16/10/2024</b></p> <p>Demonstra equilíbrio estático na posição sentada e ortostática.</p> <p>Escala de Berg score 45.</p> <p>Com dificuldade no equilíbrio dinâmico na posição ortostática (mudanças de direção, apanhar objeto do chão, transferência para banheira, subir e descer escadas).</p> <p>Não demonstra posições viciosas.</p> <p>Apresenta coordenação motora nos membros superiores e inferiores.</p> <p>Consegue subir e descer 1 andar de escadas com apoio de corrimão, colocando os dois pés em cada escada.</p> <p>Consegue realizar marcha sem apoio, marcha lenta com dificuldade com desarmonia na base de sustentação.</p> <p>Demonstra capacidade para obter conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal e correção postural.</p>

<p>capacidade para executar exercícios</p>		<p>Ensinar e instruir sobre técnica correta de subir e descer escadas.</p> <p>Estimular equilíbrio corporal através de técnicas e exercícios de movimentos e alinhamento corporal (execução de exercícios em frente a espelho).</p> <p>Executar técnicas de treino de equilíbrio corporal e coordenação (contorno de obstáculos, apoio unilateral).</p>	<p>Demonstra motivação para aprender técnicas e ensinamentos sobre equilíbrio corporal.</p> <p>Realiza exercícios de treino de equilíbrio dinâmico (contorno de obstáculos, andar em minha reta, apoio unilateral) com ligeira dificuldade, necessitando de apoio. 1 série, 10 repetições cada exercício.</p> <p><b><u>24/10/2024</u></b></p> <p>Demonstra equilíbrio estático na posição sentada e ortostática.</p> <p>Escala de Berg score 49.</p> <p>Não demonstra posições viciosas.</p> <p>Demonstra ligeira dificuldade no equilíbrio dinâmico na posição ortostática (mudança de direção, transferência para banheira e subir e descer escadas).</p> <p>Equilíbrio para subir e descer escadas melhorado. Consegue subir e descer 3 andares de escadas com apoio de corrimão colocando os dois pés em cada escada.</p> <p>Capacidade para apanhar objeto do chão melhorada.</p> <p>Mantém motivação para aprender e realizar exercícios de treino de equilíbrio.</p>
--	--	---	---

<p>16/10/2024 <b>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</b></p> <p>24/10/2024, 31/10/2024 <b>Sistema de enfermagem apoio-educação</b></p>			<p>Realiza exercícios de trino de equilíbrio dinâmico (contorno de obstáculos, andar em minha reta, apoio unilateral) sem necessidade de apoio. Realiza 3 series com 10 repetições, cada exercício.</p> <p><b><u>31/10/2024</u></b></p> <p>Demonstra equilíbrio estático na posição sentada e ortostática.</p> <p>Escala de Berg score 55.</p> <p>Não adota posições viciosas.</p> <p>Equilíbrio dinâmico na posição ortostática melhorado. Consegue mudar de posição e transferir-se para a banheira sem apoio).</p> <p>Equilíbrio para subir e descer escadas melhorado. Consegue subir e descer 3 andares de escadas com apoio do corrimão sem dificuldade.</p> <p>Consegue apanhar objetos do chão sem dificuldade.</p> <p>Detém motivação para realização de programa de exercícios autonomamente.</p> <p>Realiza exercícios de treino de equilíbrio sozinha em casa com apoio de guia de exercícios facultado durante o programa de reabilitação.</p>
---	--	--	---

<b>Foco: Andar</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções do EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Andar comprometido</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar.</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de adaptação para andar.</p> <p>Potencial para melhorar capacidade de andar</p>	<p>Melhorar capacidade de andar</p> <p>Melhorar capacidade para subir e descer escadas</p> <p>Melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar</p>	<p>Avaliar força muscular através da escala de força muscular MRC.</p> <p>Avaliar tónus muscular através da escala modificada de Ashworth.</p> <p>Avaliar o nível de independência da utente através da MIF.</p> <p>Avaliar a capacidade da utente através da escala de Categorias Funcionais da Macha.</p> <p>Identificar e avaliar condições arquitetónicas do domicílio.</p> <p>Avaliar conhecimento da utente sobre estratégias de adaptação das condições arquitetónicas do domicílio.</p> <p>Ensinar e instruir sobre adaptação do domicílio para andar.</p> <p>Ensinar, Instruir e treinar técnica de andar.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar mudanças de direção e contorno de obstáculos no andar.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnica de subir e descer escadas.</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas de posicionamento e correção postural o andar.</p>	<p><b>16/10/2024</b></p> <p>Força MRC no membro inferior direito de grau 5 e no membro inferior esquerdo de grau 4.</p> <p>Apresentou tónus muscular sem alterações em ambos os hemicorpos (grau 0).</p> <p>MIF= 118/126 (com comprometimento a nível da locomoção).</p> <p>Necessita de apoio apenas para subir e descer escadas, demonstrando défice na força dos membros inferiores e algum receio e insegurança: Categoria 4, segundo a escala de categorias funcionais da marcha.</p> <p>Identificadas barreias arquitetónicas do domicílio (tapetes em várias divisões, moveis dispostos comprometendo a mobilidade pela casa da doente implicando mudanças de direção bruscas).</p> <p>Utente não detém conhecimento sobre impacto das barreias arquitetónicas para a deambulação segura pelo domicílio.</p> <p>Utente com marcha lenta, mas com boa cadência, apresenta base de sustentação pequena.</p>

		<p>Ensinar, instruir e treinar técnicas de gestão de energia durante o andar.</p> <p>Ensinar sobre a importância de utilizar vestuário e calçado adequado.</p>	<p>Demonstra dificuldade em subir e descer escadas por diminuição da força do membro inferior esquerdo.</p> <p>Demonstra capacidade para obter conhecimento sobre técnica correta de subir e descer escadas. Consegue descer e subir um lanço de escadas sem demonstrar sinais de cansaço ou perda de força.</p> <p><b>24/10/2024</b></p> <p>Utente mantém necessidade de apoio apenas para subir e descer escadas: Categoria 4, segundo a escala de categorias funcionais da marcha.</p> <p>MIF= 122/126 (com comprometimento ligeiro a nível da locomoção).</p> <p>Barreiras arquitetónicas resolvidas (Utente retirou tapetes e reorganizou mobília).</p> <p>Utente mantém marcha lenta com boa cadência, com melhor base de sustentação.</p> <p>Mantém ligeira dificuldade em subir e descer escadas, necessitando de apoio de corrimão e por vezes de pessoa.</p> <p>Demonstra conhecimento sobre técnica correta de subir e descer escadas.</p>
--	--	--	---

<p>16/10/2024 <b>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</b></p> <p>24/10/2024, 31/10/2024 <b>Sistema de enfermagem apoio-educação</b></p>			<p>Consegue descer e subir 3 lanços de escadas sem demonstrar sinais de cansaço ou perda de força.</p> <p><b>31/10/2024</b></p> <p>Utente demonstra-se independente na marcha em qualquer lugar: Categoria 5. segundo a escala de categorias funcionais da marcha.</p> <p>MIF= 126/126 (sem comprometimento a nível da locomoção).</p> <p>Demonstra marcha com boa cadência e boa base de sustentação.</p> <p>Consegue deambular pelo domicílio realizando mudanças de direção corretamente sem perder a força ou equilíbrio.</p> <p>Realiza técnica correta de subir e descer escadas.</p> <p>Consegue subir e descer 3 lanços de escadas (até à porta do prédio) sem necessidade de apoio de pessoa ou corrimão e sem demonstrar cansaço ou perda de força.</p>
---	--	--	---

<b>Foco: Queda</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções de EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<p><b>Diagnósticos de enfermagem:</b></p> <p>Risco de queda em grau elevado.</p> <p>Potencial de melhorar conhecimento sobre prevenção quedas.</p>	<p>Diminuir risco de queda.</p> <p>Prevenir possíveis quedas.</p>	<p>Avaliar o risco de queda através da escala de morse.</p> <p>Identificar fatores de risco inerentes à utente (força muscular, acuidade visual e equilíbrio corporal, qualidade da marcha).</p> <p>Identificar e eliminar possíveis fatores de risco e barreiras arquitetónicas do domicílio (disposição de tapetes, disposição de mobília).</p> <p>Instruir e ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas identificadas.</p> <p>Ensinar acerca do uso de roupa e calçado apropriado.</p> <p>Auxiliar a utente nos levantes, transferências e marcha.</p> <p>Instruir e ensinar sobre técnica correta para o levante e marcha.</p> <p>Ensinar e incentivar a utilização de produtos de apoio tais como barras de apoio e cadeiras de banho.</p> <p>Assistir e supervisionar o andar e transferências.</p>	<p><b>16/10/2024</b></p> <p>Escala de morse score 65 – Alto risco de queda.</p> <p>Identificadas barreiras arquitetónicas do domicílio.</p> <p>Demonstra capacidade para melhorar conhecimento sobre estratégias de adaptação das barreiras arquitetónicas identificadas no domicílio.</p> <p>Eliminadas barreiras arquitetónicas do domicílio (remoção de tapetes e mudança da disposição de alguma mobília).</p> <p>Por vezes necessita de se apoiar na mobília/parede ao deambular pelo domicílio.</p> <p>Utente com capacidade para adquirir conhecimento sobre utilização de roupa e calçado apropriado.</p> <p>Utente tem e utiliza roupa e calçado apropriado.</p> <p>Precisa de apoio de corrimão supervisão para subir e descer escadas.</p> <p>Ensinada técnica correta de levante, transferência e marcha.</p>

			<p>Sem ocorrência de quedas.</p> <p><b>24/10/2024</b></p> <p>Escala de morse 65 – Alto risco de queda.</p> <p>Domicílio já desprovido das barreiras arquitetônicas identificadas anteriormente.</p> <p>Utente mantém necessidade de se apoiar na mobília e paredes apenas nas mudanças de direção bruscas no domicílio.</p> <p>Utiliza roupa e calçado apropriado sempre que deambula pelo domicílio e tem que subir e descer escadas.</p> <p>Com conhecimento sobre técnica correta de levante, transferência e marcha.</p> <p>Sem ocorrência de quedas.</p> <p><b>30/10/2024</b></p> <p>Escala de morse score 15 – Sem risco de queda.</p>
--	--	--	--

<p>16/10/2024 <b>Sistema de enfermagem parcialmente compensatório</b></p> <p>24/10/2024, 31/10/2024 <b>Sistema de enfermagem de apoio-educação</b></p>			<p>Utente consegue deambular pelo domicílio sem necessidade de se apoiar na mobília ou paredes.</p> <p>Marcha com boa cadência e base de sustentação.</p> <p>Realiza técnica correta de subir e descer escadas sem necessidade de apoio.</p> <p>Realiza técnica correta de levantar e transferências.</p> <p>Sem ocorrência de quedas.</p>
--	--	--	--

## 8. Contributo de Dorothea Orem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem revela-se como um importante instrumento para a criação de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação adaptado ao utente, tendo em conta as suas necessidades na satisfação dos autocuidados, neste caso concreto, no domicílio.

Para esta teórica, o enfermeiro representa um papel crucial na identificação e supressão das necessidades e défices de autocuidado, atuando sempre que seja identificado algum défice que comprometa a satisfação destes na sua plenitude. O enfermeiro deve atuar como um agente de autocuidado terapêutico e assim, atender às carências de autocuidado de pessoas que não conseguem satisfazer as suas necessidades (Orem, 2001; Queirós et al., 2014).

Orem, dentro da teoria dos sistemas de Enfermagem, identifica três tipos sistemas de prática de enfermagem que irão ditar como e qual o nível de intervenção do enfermeiro, sendo eles: sistema totalmente compensatório, quando o enfermeiro substitui a pessoa na satisfação do autocuidado; sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa ainda detém alguma capacidade para realizar o autocuidado, mas não satisfatoriamente, pelo que o enfermeiro auxilia a pessoa naquilo que esta não consegue realizar; sistema educacional ou de apoio-educativo, quando a pessoa consegue realizar o autocuidado, embora haja acompanhamento e vigilância do enfermeiro (Petronilho et al., 2021; Tomey & Alligood, 2002). Deste modo, aquando da planificação do plano de cuidados, a intervenção do EEER terá que ser fundamentada na compreensão e aplicação adequada destes sistemas mencionados para que seja identificado qual o grau de atuação.

No que diz respeito à aplicação desta teoria no contexto de enfermagem de reabilitação, enfatiza-se o papel do EEER como agente terapêutico no autocuidado adaptando e ajustando a sua intervenção com objetivo a restaurar e/ou alcançar a máxima capacidade funcional do utente, prevenir complicações e compensar incapacidades, alinhando assim o seu papel de agente de cuidados com as necessidades do utente e família/cuidador (Ribeiro et al., 2021).

Assim, na construção do programa de reabilitação foram definidos alguns objetivos a atingir:

- Prevenir complicações decorrentes da imobilidade.
- Estimular e preservar a função cognitiva, nomeadamente a memória.
- Promover fortalecimento muscular dos membros inferiores.
- Desenvolver a autonomia na marcha, nomeadamente no subir e descer escadas.
- Desenvolver o equilíbrio dinâmico na posição ortostática
- Devolver autonomia dentro do padrão possível para a realidade funcional.

- Reduzir o risco de quedas no domicílio.

Tomando como exemplo a utilização da escala MIF, usada na avaliação do nível de dependência nas atividades da vida diária, com a sua aplicação consegue-se identificar uma evolução positiva e progressiva relativamente ao nível de independência da utente, nomeadamente a nível da locomoção no subir e descer escadas.

A primeira avaliação da MIF, realizada a 16/10/2024, revela um score de 118/126, indicando uma dependência significativa, sendo que a doente tem alguma capacidade para subir e descer escadas, mas não satisfatoriamente pois apresenta força muscular grau 4 no membro inferior esquerdo e score de 45 na escala de Berg e score de 65 na escala de Morse revelando um alto risco de queda. Neste caso, o EEER atua consoante o sistema parcialmente-compensatório referido por Orem, onde este compensa as limitações identificadas através das suas intervenções adaptadas, nomeadamente a nível do treino muscular, apoio unilateral durante a atividade, supervisão e ensinamentos de técnicas corretas de marcha e prevenção de quedas.

Na avaliação realizada a 24/10/2024, a utente apresentava um MIF de 124/126, MRC de grau 4 no membro afetado, score de 49 na escala de Berg e score 65 na escala de Morse. Revela-se alguma progressão e grau de independência, demonstrando os resultados obtidos com o treino de força muscular e de equilíbrio, contemplados nas intervenções do EEER. Contudo a utente ainda demonstra necessidade de supervisão e orientação durante a atividade, pelo que nesta fase, a intervenção do EEER insere-se dentro do sistema de apoio-educação de Orem.

Por fim na terceira avaliação a 31/10/2024, a utente obteve na MIF um score de 126/126, já com um MRC grau 5 no membro afetado, score de 55 na escala de Berg e score de 15 na escala de Morse. A utente demonstrase completamente independente no subir e descer escadas, realizando a técnica correta, sem desequilíbrio e sem necessidade de apoio ou supervisão, ou seja encontra-se já no seu nível funcional ideal. Nesta fase, o EEER adapta e minimiza a sua intervenção apenas à orientação e disponibilização de material de apoio educativo e de treino autónomo útil que ajudem a própria utente na gestão das suas atividades diárias do domicílio.

A teoria de Orem fundamenta assim a intervenção do EEER, destacando o autocuidado como foco central da sua intervenção, indo de acordo aos objetivos de um plano de reabilitação adaptado que visa a promoção, recuperação e capacitação das capacidades funcionais da pessoa (Ribeiro et al., 2021).

## 9. Conclusão

O estudo de caso apresentado pretende evidenciar a importância de uma avaliação criteriosa das necessidades e dos défices de autocuidado da utente, utilizando escalas de enfermagem validadas e apropriadas. A identificação dessas necessidades revelou-se fundamental para a elaboração de um plano de cuidados de reabilitação personalizado, adaptado e orientado a capacitar, instruir e ensinar a utente. O plano de cuidados desenvolvido teve como foco o desenvolvimento de estratégias, conhecimentos e treino necessários para que a utente consiga superar as limitações identificadas e alcançar a maior autonomia possível nos autocuidados e tarefas do domicílio.

O trabalho foi sustentado na Teoria dos Sistemas de Autocuidado de Dorothea Orem, destacando o papel do enfermeiro como agente terapêutico no autocuidado da utente. Os diferentes focos de enfermagem levantados as suas respectivas intervenções de enfermagem reforçam a importância da educação e capacitação da pessoa e do seu acompanhamento contínuo ao longo do programa de reabilitação.

Ao longo do programa de reabilitação foram observadas melhorias contínuas no desempenho da utente nomeadamente a nível cognitivo, equilíbrio e força muscular. No final do programa a utente não demonstrava qualquer comprometimento da memória, conseguindo lembrar eventos de vários períodos temporais e sem necessidade de utilizar um caderno de apoio; a sua força muscular e equilíbrio foram melhorando progressivamente, conseguindo no final de 3 semanas deambular pelo domicílio e subir e descer escadas qualquer necessidade de apoio ou supervisão.

Os resultados obtidos evidenciam a relevância da enfermagem de reabilitação no processo de recuperação, promovendo a melhoria da qualidade de vida e o aumento da independência funcional.

## 10. Referências Bibliográficas

- AbdelHamid, A., & Abo-Hasseba, A. (2017). Application of the GUSS test on adult Egyptian dysphagic patients. *Egyptian Journal of Otolaryngology*, 33(1), 103–110. <https://doi.org/10.4103/1012-5574.199419>
- Berg, K., & Maki, B. E. (1991). *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument*. <https://www.researchgate.net/publication/21687774>
- Blackburn, M., & Van Vliet, P. (2002). *Reliability of Measurements Obtained With the Modified Ashworth Scale in the Lower Extremities of People With Stroke*. <https://academic.oup.com/ptj/article/82/1/25/2836978>
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., & Xielesny, M. (1986). *Advances in functional assesment for medical rehabilitation*.
- Holden, M. K., Gill, K. M., & Magliozzi, M. R. (1986). *Gait Assessment for Neurologically Impaired Patients Standards for Outcome Assessment*. <https://doi.org/10.1093/ptj/66.10.1530>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The barthel Index. *Maryland State Med Journal*, 56–61.
- Medical Research Council (Great Britain), & University of Edinburgh. Department of Surgery. (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. H.M. Stationery Off.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- Norma n.º 008/2019. (n.d.). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares Quedas, prevenção, intervenção, hospital, adulto*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6º ed). Morby.
- Petronilho, F., Margato, C., Luis, M., Sandra, A., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de reabilitação, conceções e práticas* (pp. 67–75). Lidel.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. D. S., & Filho, A. J. de A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Ribeiro, M. P., Oliveira, F., Alves, M., & Silva, C. (2021). *Enfermagem de reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem*. <https://orcid.org/0000-0002-2464-3292>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In *Téóricas de Enfermagem e sua Obra* (5º edição, pp. 211–224). Lusociência.

## 11. Apêndices

### Apêndice I – Escala de Coma de Glasgow

Observações Clínicas		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Sem resposta verbal	1
Resposta Motora	Obedece a ordens simples	6
	Localiza a dor	5
	Movimento de retirada a dor	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma resposta	1

### Apêndice II – Escala de Força Muscular (MRC)

Observações clínicas	Grau
Sem contração muscular visível ou palpável.	0
Contração muscular mínima, palpável, mas sem movimento do membro.	1
Movimento do membro, mas sem vencer gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular.	2
Movimento muscular que vence gravidade ao longo de quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência.	3
Movimento muscular contra resistência moderada e vence gravidade.	4
Força do movimento normal.	5

### Apêndice III – Escala modificada de Ashworth

Observações clínicas	Grau
Tônus muscular normal	0
Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão	1

Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta seguida da resistência mínima, em menos da metade da amplitude de movimento restante.	1+
Aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas.	2
Aumento considerável do tónus muscular, movimento passivo difícil.	3
Partes afetadas rígidas na flexão ou na extensão.	4

Apêndice VI – Escala de Berg

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

Legenda:  
0 – impossível executar, necessita de ajuda máxima.  
4 – consegue executar sem ajuda, independente.

## Apêndice V – Categorias funcionais da Marcha

Categorias Funcionais de Marcha	
Categoria	Definição
0	O indivíduo não pode andar ou requer suporte de duas ou mais pessoas
1	O indivíduo precisa de suporte contínuo de uma pessoa que ajude com o seu peso e equilíbrio
2	O indivíduo é dependente com suportes contínuos ou intermitentes com uma pessoa auxiliando no equilíbrio ou coordenação
3	O indivíduo precisa de apenas supervisão verbal
4	O suporte é requerido para escadas e superfícies irregulares
5	O indivíduo pode andar independentemente em qualquer lugar

## VII - Teste de GUSS

### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
<b>Vígil</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição sem alteração	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Escape de saliva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

### Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMISSÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Sem alteração	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ESCAPE DE SALIVA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>MODIFICAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “i”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = Investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL:</b> (Secção 1 + Secção 2)	(20)		

## VII – Medida de Independência Funcional (MIF)

<b>Autocuidados</b>	<b>Score</b>
Alimentação	
Higiene Pessoal	
Banho (lavar o corpo)	
Vestir a metade superior	
Vestir a metade Inferior	
Utilização da Sanita	
<b>Controlo de Esfínteres</b>	
Bexiga	
Intestinal	
<b>Mobilidade/Transferências</b>	
Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	
Sanita	
Duche/Banheira	
<b>Locomoção</b>	
Marcha/ Cadeira de Rodas	
Escadas	
<b>Comunicação</b>	
Compreensão (auditiva/visual)	
Expressão (vocal/ não vocal)	
<b>Cognição Social</b>	
Interação Social	
Resolução de Problemas	
Memória	
<b>Total</b>	
<p><b>Legenda:</b></p> <p>7 – Independência completa (segurança, em tempo normal).</p> <p>6 – Independência modificada (utilização de produto de apoio)</p> <p><b>Dependência modificada (o indivíduo realiza pelo menos 50% do esforço) 5</b></p> <p>– Supervisão</p> <p>4 – Ajuda mínima (indivíduo <math>\geq</math> 75%)</p> <p>3 – Ajuda moderada (indivíduo <math>\geq</math> 50%) Dependência completa (o indivíduo realiza menos de 50% do esforço)</p> <p>2 – Ajuda máxima (indivíduo <math>\geq</math> 25%)</p> <p>1 – Ajuda total (indivíduo <math>&lt;</math> 25 %)</p>	

VIII – Índice de Barthel

<u>Alimentação</u>	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)
<u>Transferências</u>	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentarse. 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
<u>Toalete</u>	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
<u>Utilização do WC</u>	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
<u>Banho</u>	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)
<u>Mobilidade</u>	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
<u>Subir e descer escadas:</u>	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)
<u>Vestir</u>	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)
<u>Controlo Intestinal</u>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)
<u>Controlo Urinário</u>	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)
<b><u>Legenda de resultados</u></b>	100 pontos – totalmente dependente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total

## IX – Escala de Morse

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

APÊNDICE 11 – Póster: Intervenções do Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida  
na Pessoa pós AVC: Revisão Scoping

## Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida na Pessoa pós AVC: Revisão Scoping

Miguel Selidónio Cunha<sup>1, 4</sup>; Júlio Belo Fernandes<sup>2, 3</sup>; Ana Romão<sup>2, 3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Hospital Garcia de Orta, 2805-267, Almada, Portugal

<sup>2</sup>Nurs\* Lab, Caparica, 2829-511, Almada, Portugal

<sup>3</sup>Docente da Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CIEM); Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal

<sup>4</sup>Discente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CIEM); Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal



### Introdução:

O AVC afirma-se como a segunda causa de morte em todo o mundo e a terceira responsável por incapacidades e sequelas<sup>(1)</sup>. A disfagia assume-se como uma destas complicações, sendo que as alterações a nível da deglutição conduzem a várias consequências secundárias, tais como, a diminuição do aporte nutricional e hídrico adequado e o aumento do risco de aspiração, podendo eventualmente levar ao desenvolvimento de pneumonias<sup>(2, 3)</sup>.

A percentagem de pessoas que apresentam alterações da deglutição após o AVC não está ainda bem definida. Um ensaio conduzido com 570 doentes demonstrou que em 20,7% dos participantes foi diagnosticada disfagia, no entanto outros estudos demonstram que a percentagem pode variar entre 30% e 50%<sup>(4, 5)</sup>.

**Objetivo:** Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na disfagia na Pessoa pós-AVC.

**Metodologia:** Joanna Briggs Institute (JBI)

**Questão:** Quais as Intervenções do EEER na deglutição comprometida na Pessoa pós-AVC?

P - Pessoa pós AVC

C - Intervenções do EEER

C - Deglutição comprometida

#### Crítérios de Inclusão:

- Artigos sobre intervenções na disfagia na pessoas pós AVC;
- Ensaio clínicos randomizados;
- Artigos Disponíveis em texto Integral
- Publicações entre 2014 e 2024;
- Artigos redigidos em Português e Inglês.

#### Crítérios de Exclusão:

- Artigos sobre disfagia em condições que não o AVC;
- Artigos redigidos em outros idiomas que não o Português e Inglês;
- Artigos sem texto integral disponível;
- Outros estudos sem serem ensaios randomizados.

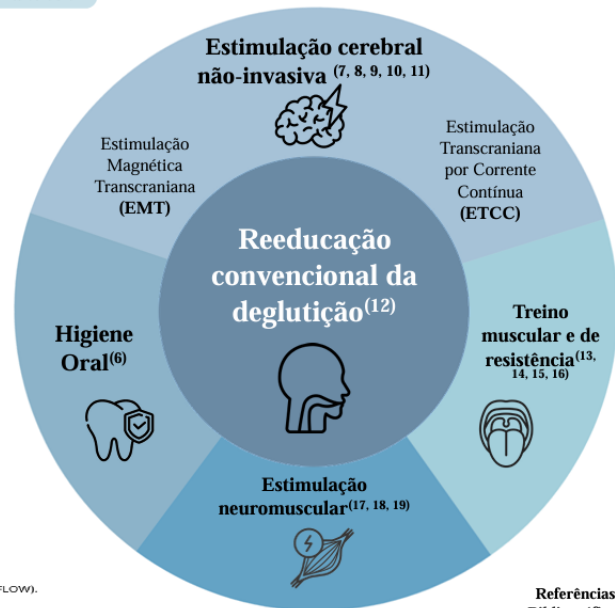
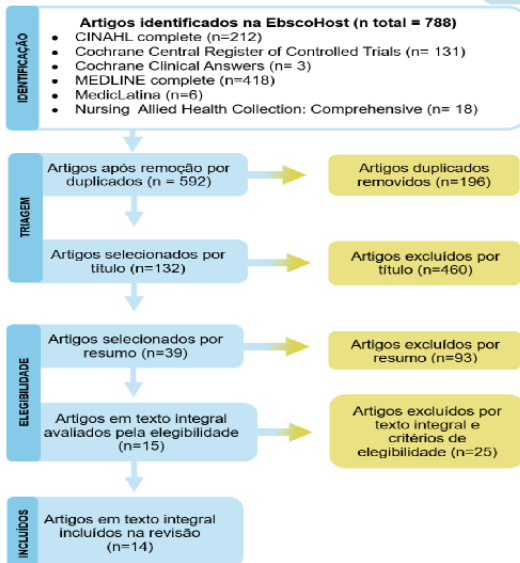
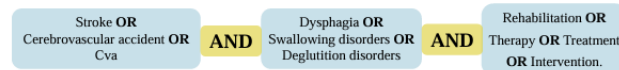


Figura nº1 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA FLOW).

### Conclusão:

O papel do EEER revela-se de enorme importância na prevenção destas complicações, bem como na reeducação e capacitação da pessoa, detendo um papel fundamental dentro da equipa multidisciplinar. Uma intervenção adequada e precoce em doentes com comprometimento da deglutição permitirá potenciar e maximizar a satisfação da pessoa, devolvendo-lhe a autonomia e independência. A Reeducação convencional da deglutição revela-se o core da intervenção do EEER, podendo este associar outras estratégias e tecnologias para maximizar os resultados. Os vários estudos analisados retratam realidades diferentes, não havendo consenso numa percentagem exata na manifestação da disfagia no pós AVC.

Referências Bibliográficas



APÊNDICE 12 – Comunicação Oral: Intervenções do Enfermeiro  
Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição  
comprometida na Pessoa pós AVC: Revisão Scoping



## Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida na Pessoa pós AVC: Revisão Scoping

Miguel Selidónio Cunha<sup>1,4</sup>; Júlio Belo Fernandes<sup>2,3</sup>; Ana Romão<sup>2,3</sup>



<sup>1</sup>Department of Nursing, Hospital Garcia de Orta, 2805-267, Almada, Portugal

<sup>2</sup>Nurs\* Lab, Caparica, 2829-511, Almada, Portugal

<sup>3</sup>Docente da Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CiiEM); Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal

<sup>4</sup>Discente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CiiEM); Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal

Monte da Caparica 2024



### Pertinência da temática No Mundo...

- Segundo a OMS (2021), o AVC afirma-se como a **2º causa de morte** em todo o mundo e a 3º responsável por incapacidades e sequelas.
- A ocorrência de AVC a nível global tem vindo a aumentar significativamente, visto que no período de 1990 a 2019, o número absoluto de AVC aumentou em **70%** (Tsao et al., 2023).
- Segundo a World Stroke Organization (WSO, 2022) estima-se que **1 em cada 4** pessoas venha a desenvolver AVC ao longo da sua vida

## Pertinência da temática      Em Portugal...

- Em 2021, ocorreram 9 613 óbitos devido ao AVC (INE, 2023).
- Entre 2010 e 2021, houve uma diminuição na taxa de mortalidade de 13,6% para 7,7% (INE, 2024).
- A cada hora, três portugueses sofrem um acidente Vascular Cerebral, um deles não sobrevive, e metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes (SPMI, 2021).
- Em 2023, a via verde AVC foi ativada um total de **5 396** vezes e só no distrito de Setúbal foi ativada 454 vezes (INEM, 2024).

## Pertinência da temática

**DISFAGIA**



**Complicação  
incapacitante**

- Diminuição do aporte nutricional adequado
- Diminuição do aporte hídrico adequado
- Aumento do risco de aspiração, podendo eventualmente levar ao desenvolvimento de pneumonias.



### Objetivo:

- Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na disfagia na Pessoa pós-AVC.

### Metodologia:

- Joanna Briggs Institute (JBI)

### Questão:

- Quais as Intervenções do EEER na deglutição comprometida na Pessoa pós-AVC?

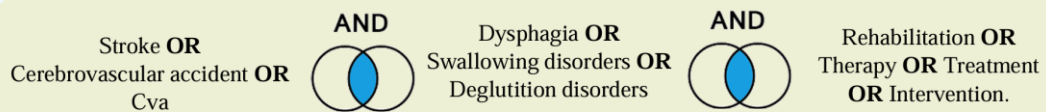
**P** - Pessoa pós AVC

**C** - Intervenções do EEER

**C** - Deglutição comprometida

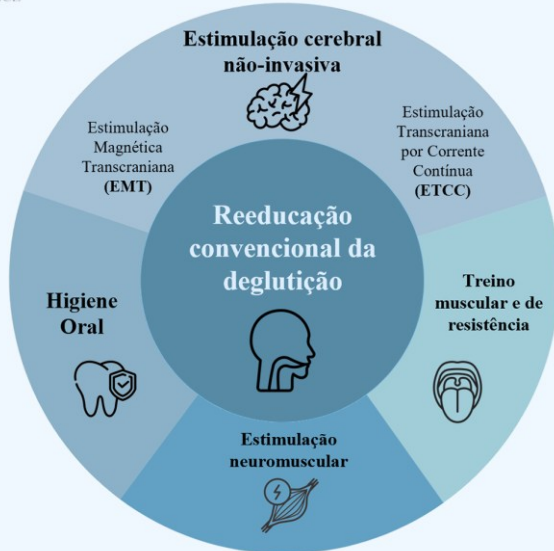
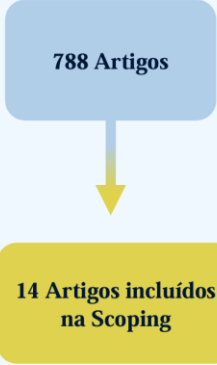
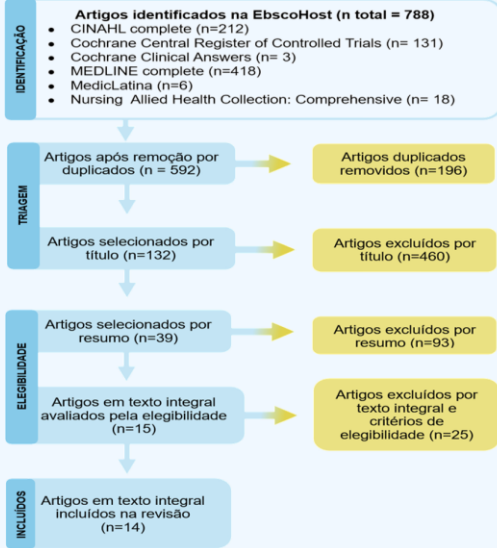


### Equação Boleana



### Critérios de Inclusão e exclusão:

- Ensaios clínicos randomizados.
- Artigos sobre intervenções na disfagia na pessoas pós AVC
- Publicações 2014-2024;
- Língua inglesa ou portuguesa;
- Resumo e texto integral disponível;
- Livre acesso





## Reeducação convencional da deglutição

- Centra-se em técnicas e estratégias que podem ser realizadas á cabeceira, sem uso de instrumentos ou dispositivos e sem custos adicionais.
- O EEER na planificação da sua abordagem ao doente com AVC deve contemplar a reeducação convencional da deglutição como o **CORE** da sua intervenção.

Exercícios de força  
e amplitude

Intervenções compensatórias/  
facilitadoras da deglutição

Manobras de deglutição

(Park et al., 2019)



## Estimulação cerebral não-invasiva

- Estimulação Magnética Transcraniana (**EMT**)
- Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (**ETCC**)

(Hyun et al., 2017; Suntrup-Kruger et al., 2017; Farpour et al., 2023; Cheng et al., 2017; Zhong et al., 2023)



## Estimulação neuromuscular

(Umay et al., 2017; Simonelli et al., 2019; Cakmak et al., 2023)



## Treino muscular e de resistência

(Park et al., 2018; Hägglund et al., 2020; Guillen-Sola et al., 2021)



## Higiene Oral

Chen et al., (2019)

## Considerações Finais

- O papel do EEER revela-se de enorme importância na prevenção destas complicações, bem como na reeducação e capacitação da pessoa, detendo um papel fundamental dentro da equipa multidisciplinar.
- Uma intervenção adequada e precoce em doentes com comprometimento da deglutição permitirá potenciar e maximizar a satisfação da pessoa, devolvendo-lhe autonomia e independência. A Reeducação convencional da deglutição revela-se o core da intervenção do EEER, podendo este associar outras estratégias e tecnologias para maximizar os resultados.

## Referências Bibliográficas:

- Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M.-L., El-Koussy, M., Kägi, G., Jung, S., & Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One*, *11*(2), e0148424. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148424>
- Chen, H.-J., Chen, J.-L., Chen, C.-Y., Lee, M., Chang, W.-H., & Huang, T.-T. (2019). Effect of an Oral Health Programme on Oral Health, Oral Intake, and Nutrition in Patients with Stroke and Dysphagia in Taiwan: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph16122228>
- CHENG, I. K. Y., CHAN, K. M. K., WONG, C., LI, L. S. W., CHIU, K. M. Y., CHEUNG, R. T. F., & YIU, E. M. L. (2017). NEURONAVIGATED HIGH-FREQUENCY REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION FOR CHRONIC POST-STROKE DYSPHAGIA: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, *49*(6), 475–481. <https://doi.org/10.2340/16501977-2235>
- Farpour, S., Asadi-Shekaari, M., Borhani Haghighi, A., & Farpour, H. R. (2023). Improving Swallowing Function and Ability in Post Stroke Dysphagia: A Randomized Clinical Trial. *Dysphagia*, *38*(1), 330–339. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10470-0>
- Guillen-Sola, A., Messaggi-Sartor, M., Ramírez-Fuentes, C., Marco, E., & Duarte, E. (2021). The Retornus-2 study: impact of respiratory muscle training in subacute stroke patients with dysphagia, study protocol of a double-blind randomized controlled trial. *Trials*, *22*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05353-y>
- Hägglund, P., Hägg, M., Levring Jäghagen, E., Larsson, B., & Wester, P. (2020). Oral neuromuscular training in patients with dysphagia after stroke: a prospective, randomized, open-label study with blinded evaluators. *BMC Neurology*, *20*(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01980-1>
- Ho, Y.-H., Liu, H.-Y., & Huang, S.-T. (2014). The Prevalence and Signs of Dysphagia Among Stroke Patients in Rehabilitation Units. *Journal of Nursing*, *61*(2), 54–62. <https://doi.org/10.6224/JN.61.2.54>
- Miguel, R. (2018). *REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA*.

### Referências Bibliográficas:

- Mourão, A. M., Lemos, S. M. A., Almeida, E. O., Vicente, L. C. C., & Teixeira, A. L. (2016). Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CODAS*, *28*(1), 66–70. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015072>
- N, Y. H. A. H., SOHN, H.-J., PARK, J.-S., N, T. G. A. H., SHIN, Y. B., PARK, M., Sung-Hwa, K. O., & SHIN, Y.-I. (2017). EFFECT OF BIHEMISPHERIC ANODAL TRANSCRANIAL DIRECT CURRENT STIMULATION FOR DYSPHAGIA IN CHRONIC STROKE PATIENTS: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, *49*(1), 30–35. <https://doi.org/10.2340/16501977-2170>
- Park, H., Oh, D., Yoon, T., & Park, J. (2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *54*(3), 479–484. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12453>
- Park, J.-S., An, D.-H., Oh, D.-H., & Chang, M.-Y. (2018). Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. *NeuroRehabilitation*, *42*(2), 191–197. <https://doi.org/10.3233/NRE-172250>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*.
- Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). REHABILITATION NURSING PROGRAM FOR PEOPLE WITH IMPAIRED SWALLOWING IN THE CONTEXT OF STROKE: EXPLORATORY STUDY. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *6*(1). <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Simonelli, M., Ruoppolo, G., Iosa, M., Morone, G., Fusco, A., Grasso, M. G., Gallo, A., & Paolucci, S. (2019). A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, *44*(1), 103–110. <https://doi.org/10.3233/NRE-182526>

### Referências Bibliográficas:

- Steele, C., Bayley, M., Peladeau-Pigeon, M., Nagy, A., Namasivayam, A., Stokely, S., Wolkin, T., Steele, C. M., Bayley, M. T., Namasivayam, A. M., & Stokely, S. L. (2016). A Randomized Trial Comparing Two Tongue-Pressure Resistance Training Protocols for Post-Stroke Dysphagia. *Dysphagia* (0179051X), *31*(3), 452–461. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9699-5>
- Suntrup-Kruger, S., Ringmaier, C., Muhle, P., Warnecke, T., & Dziewas, R. (2017). Randomized controlled trial of TDCS for the treatment of poststroke dysphagia. *Dysphagia*, *32*(1), 170. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9766-y>
- Tarihci Cakmak, E., Sen, E. I., Doruk, C., Sen, C., Sezikli, S., & Yaliman, A. (2023). The Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation on Swallowing Functions in Post-stroke Dysphagia: A Randomized Controlled Trial. *Dysphagia*, *38*(3), 874–885. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10512-7>
- Umay, E. K., Yaylaci, A., Saylam, G., Gundogdu, I., Gurcay, E., Akcapinar, D., & Kirac, Z. (2017). The effect of sensory level electrical stimulation of the masseter muscle in early stroke patients with dysphagia: A randomized controlled study. *Neurology India*, *65*(4), 734–742. [https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI\\_377\\_16](https://doi.org/10.4103/neuroindia.NI_377_16)
- WHO. (2021). *World Stroke Day*. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/28-10-2021-world-stroke-day>
- Zhao, T., Wu, X., Zhang, Q., Li, C., Worthington, H. V., & Hua, F. (2020). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2020, Issue 12). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>
- Zhong, L., Wen, X., Liu, Z., Li, F., Ma, X., Liu, H., & Chen, H. (2023). Effects of bilateral cerebellar repetitive transcranial magnetic stimulation in poststroke dysphagia: A randomized sham-controlled trial. *NeuroRehabilitation*, *52*(2), 227–234. <https://doi.org/10.3233/NRE-220268>

APÊNDICE 13 – Póster: Reabilitar a Pessoa com Incontinência Urinária Diagnóstico de situação num serviço de neurocirurgia

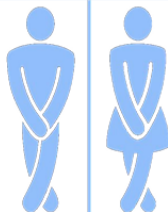
## Reabilitar a Pessoa com Incontinência Urinária - Diagnóstico de situação num serviço de neurocirurgia

Ana Patrício Ciuro<sup>1,2</sup>, Miguel Selidónio Cunha<sup>1,2</sup>, Ana Romão<sup>3</sup>, Noélia Ferreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Hospital Garcia de Orta, 2805-267, Almada, Portugal  
<sup>2</sup>Discente do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal  
<sup>3</sup>Docente da Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CIEM), Egas Moniz School Of Health and Science, 2829-511, Almada, Portugal

### Introdução

- Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do estágio clínico do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, realizado num serviço de neurocirurgia onde se verificou a necessidade de um plano de reabilitação estruturado de procedimentos relacionados com a Incontinência Urinária (IU).
- Através de um diagnóstico inicial, foi possível identificar 6 doentes com incontinência urinária, permitindo planejar intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) para a promoção da continência.



### Objetivos

- Avaliar a presença de incontinência urinária e classificá-la a nível da tipologia;
- Capacitar os profissionais de saúde para a compreensão e importância da identificação das pessoas com incontinência urinária;
- Divulgar comportamentos promotores da continência urinária, bem como estratégias/intervenções a adotar junto da pessoa com incontinência urinária.

### Metodologia - Diagnóstico de situação dos doentes internados com IU

#### Crítérios de Inclusão

- Internamento na enfermaria durante o período de colheita de dados (14/06/24 a 03/07/24);
- Apresentar incontinência urinária;
- Obedecer a comandos simples;
- Compreender o que lhe é dito;
- Ter capacidade de realizar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica propostos;
- Ser capaz de cumprir hidratação.

#### Crítérios de Exclusão

- Apresentar continência urinária;
- Não consegue obedecer a comandos simples;
- Não compreender o que lhe é dito;
- Pessoas com cateterismo vesical;
- Pessoas com bexiga neurogénica;
- Ser incapaz de cumprir hidratação.



Gráfico 1: distribuição da tipologia de IU pelo nº de doentes.

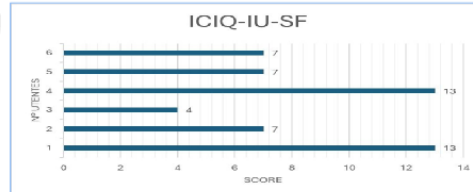


Gráfico 2: distribuição ICIQ-IU-SF por nº de doentes.

Ao longo de 4 semanas foram ao todo identificados **6 doentes com IU**, sendo que 2 apresentavam incontinência de esforço, 3 incontinência funcional e 1 incontinência de urgência. Para perceber a severidade e impacto na qualidade de vida dos utentes, utilizou-se o questionário ICIQ-IU-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form).

### Construção de um programa de Reabilitação

A implementação de programas de reabilitação deve fornecer cuidados de enfermagem que incluem a redução da incapacidade, aumento da independência funcional, diminuição do período de internamento e possíveis novos internamentos, facilitação da reintegração na família e sociedade e promover a maior satisfação.

#### Exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (FMPP)



#### Modificações comportamentais/ Treino Vesical

**Micção diferida**  
Técnicas de distração e relaxamento de modo a inibir a vontade de urinar após desejo da micção.

**Micção temporizada**  
estabelecer horário para urinar voluntariamente, antes que a bexiga fique cheia.

**Micção imediata**  
Consiste em responsabilizar a pessoa pela gestão da sua micção e incontinência, perguntando regularmente se a roupa está molhada ou não.

**Alteração de Hábitos**  
Planear a ingestão de líquidos; reduzir a ingestão de alimentos que irritam o detrusor; adequar o vestuário.

- Ensinar a pessoa a esvaziar a bexiga antes do treino;
- Aprender a identificar, isolar, contrair e relaxar o pavimento pélvico;
- Iniciar com contrações de 3-5 segundos e o período de relaxamento é o dobro do período de contração;
- Realizados de forma progressiva, evitando a fadiga, com séries de 10 por cerca de 3-4 vezes dia;
- Executar os exercícios em qualquer posição mas recomendado iniciar deitado;
- Observar os resultados após 4 a 6 semanas de prática;
- Elaborar um plano de exercícios com duração aproximada de 20 minutos, devendo ser executados pelos EEER.

**Conclusão:** O EEER desempenha um papel crucial na promoção do diagnóstico precoce e na implementação de medidas preventivas e manutenção das capacidades funcionais do doente com IU. Este trabalho substancia e realça a importância de plano de reabilitação estruturado e fundamentado, destacando o impacto positivo da enfermagem de reabilitação no doente com IU.

Referências bibliográficas



APÊNDICE 14 – Sessão de formação “Estilo de vida saudável?  
AVC improvável”



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ALMADA - SEIXAL



UCC SEIXAL  
Unidade de Cuidados na Comunidade



# Vida Saudável? AVC Improvável

Como o estilo de vida pode prevenir o AVC

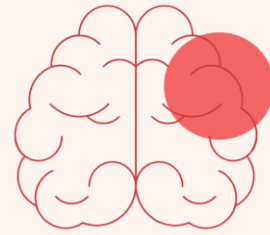
Dia mundial do AVC – 29 outubro

Miguel Cunha  
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Seixal - 2024

## Índice

- O que é o AVC?
- Manifestações clínicas
- Fatores de risco
- Importância de uma alimentação saudável e do exercício físico
- Plano de exercícios



## O que é o AVC?

### O que é o AVC?

**A** - Acidente

**V** - Vascular

**C** - Cerebral



- A Associação Nacional AVC bem como Sacco et al. (2013) definem o AVC por **uma lesão aguda ou défice circulação e perfusão cerebral, em que uma parte do cérebro deixa de receber a quantidade de sangue adequado para o seu funcionamento pleno.**

## AVC - dados estatísticos



O AVC afirma-se como a **2º causa de morte** em todo o mundo (OMS, 2021).



(WSO, 2022), 56% dos AVC ocorrem em pessoas do sexo feminino e estima-se que **1 em cada 4** pessoas venha a desenvolver AVC ao longo da sua vida.



Em 2021, ocorreram 9 613 óbitos devido ao AVC (INE, 2023).

A cada hora, três portugueses sofrem um AVC, um deles não sobrevive, e metade dos sobreviventes ficarão com sequelas incapacitantes (SPMI, 2021).

## O que é o AVC?



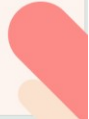
### Tipos de AVC



**AVC Hemorrágico**



**AVC Isquémico**



## O que é o AVC?



## Manifestações clínicas



## Manifestações clínicas



## Fatores de Risco

## Fatores de risco

### Modificáveis

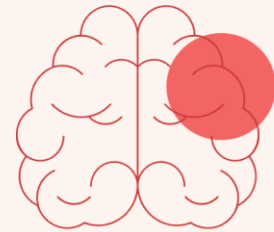
- Hipertensão Arterial
- Tabaco
- Álcool
- Diabetes
- Dieta
- Obesidade
- Colesterol elevado
- Fibrilhação Auricular

### Não Modificáveis

- Sexo
- Idade
- Etnia
- História Familiar



**Importância de um  
estilo de vida saudável**



## Como um estilo de vida saudável ajuda?

- Reduz os fatores de risco.
- Melhora a saúde do coração.
- Controla a pressão arterial e os níveis de colesterol.

Atuar sobre os  
fatores de risco  
**modificáveis!!**

### Controlar dos Fatores de Risco Modificáveis

#### Pressão arterial

• Monitorar e controlar a pressão semanalmente.

#### Níveis de colesterol

• Realizar exames regulares e manter o colesterol em níveis adequados.

#### Diabetes

• Controlar o açúcar no sangue.

#### Peso corporal

• Manter um peso saudável reduz o risco de hipertensão, diabetes e outras condições que podem levar ao AVC.

#### Evitar o tabagismo

• O tabaco danifica os vasos sanguíneos e aumenta a pressão arterial, aumentando o desenvolvimento de doenças cardiovasculares



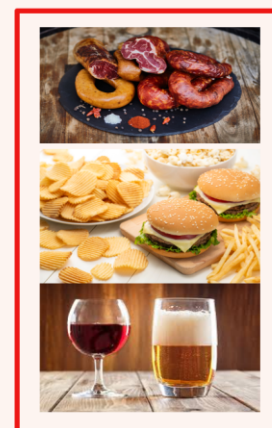


## Dicas para uma Alimentação Saudável

- Reduzir o consumo de sal
- Preferir alimentos cozidos, grelhados, assados e guisados. Evitar fritos!
- Diminuir a ingestão de gorduras saturadas (enchidos)
- Preferir gorduras saudáveis (ex: azeite e frutos secos)
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e vegetais
- Moderação no consumo de álcool
- Beber água



**Evitar!**



## Hábitos de Vida Saudáveis

**Gerir o stress**



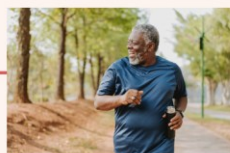
**Dormir bem**



**Acompanhamento médico regular**



**Atividade física**



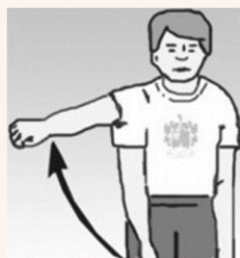
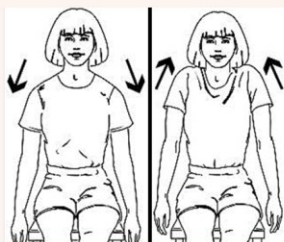


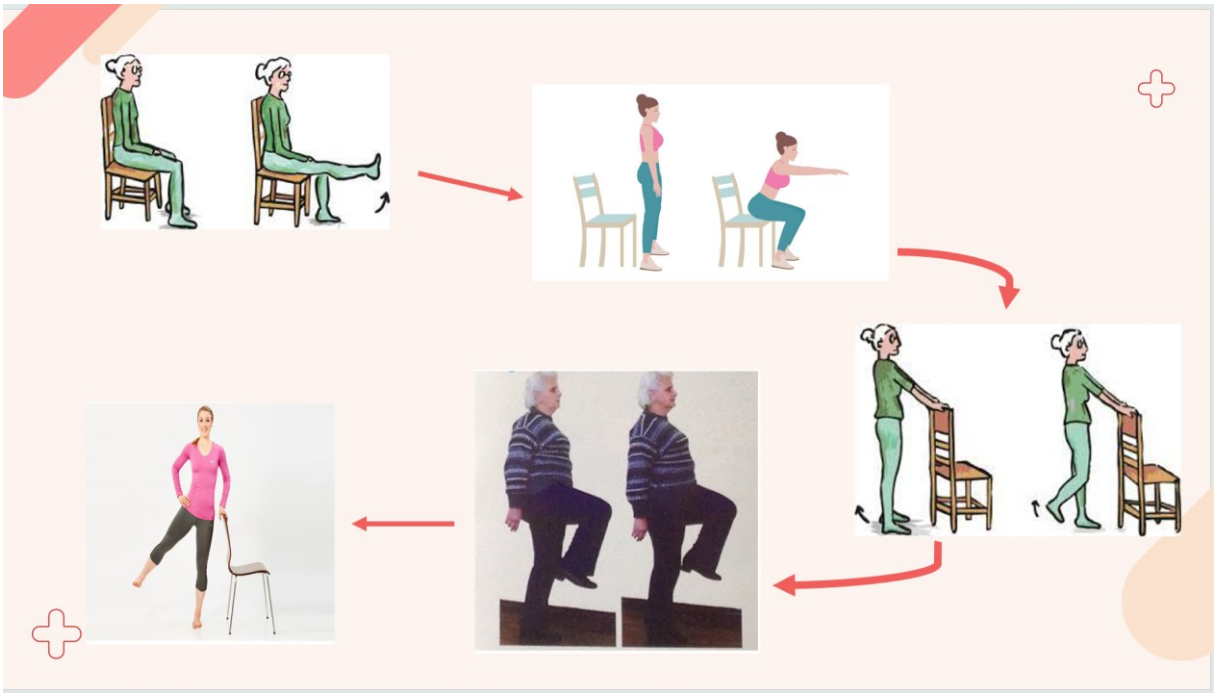
## Exercício físico regular

- Praticar atividade física moderada pelo menos 1h/1h30min minutos por semana (caminhadas, natação, bicicleta).



Exercícios em casa não custa nada!  
Por isso toca a mexer!!!

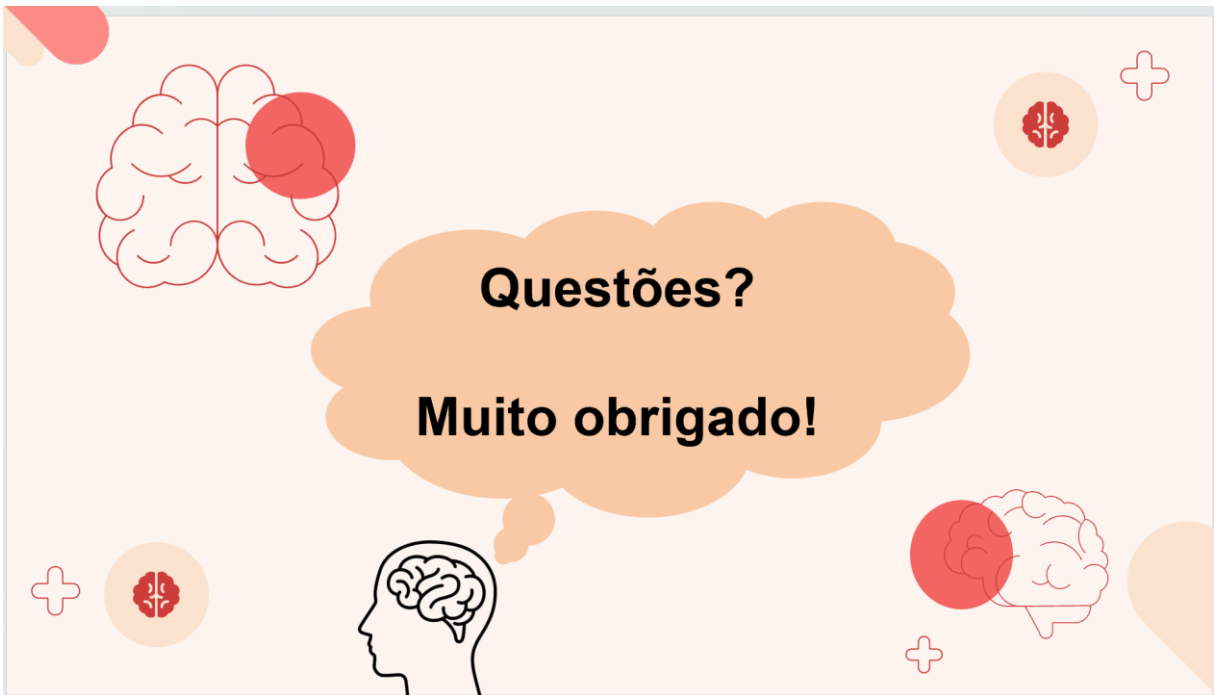




**A saúde é o reflexo das nossas escolhas,  
nunca é tarde para começar!**

**Manter o corpo em movimento e adotar  
hábitos saudáveis é a chave para uma  
vida longa e equilibrada.**





### Referências Bibliográficas

- AHA. (2023). *My Life Check Eight Essential Steps to a Healthier Heart*.
- ASA. (2020). *Explaining Stroke*.
- Associação Nacional AVC. (n.d.). Retrieved January 26, 2024, from [https://www.associacaoavc.pt/sobre\\_avc/avc.html](https://www.associacaoavc.pt/sobre_avc/avc.html)
- INE. (2023). *INE AVC estatísticas Causas\_Morte\_2021\_retificado*
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- NIH. (2023, May). *Stroke - What Is a Stroke? | NHLBI, NIH*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke>
- OMS. (2006). *Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vascular cerebrais Organização Pan-Americana da Saúde*. <http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en/>

## APÊNDICE 15 – Guia de Autocuidados e Produtos de Apoio



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ALMADA - SEIXAL



---

## Guia de Autocuidados e Produtos de Apoio

---

Serviço de Ortopneumatologia , 2024



## Índice

O que é o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)?	3
O que são os produtos de apoio/ajudas técnicas?	3
Quem tem direito a produtos de apoio?	3
Qual é o tipo de apoio disponível?	3
Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção:	
<b>Autocuidado vestuário</b>	4
<b>Autocuidado higiene</b>	5
<b>Autocuidado Uso sanitário</b>	6
<b>Autocuidado Posicionar-se</b>	7
<b>Autocuidado transferir-se</b>	7
<b>Sentar-se</b>	7
<b>Andar com Auxiliar de Marcha</b>	8
<b>Subir e Descer Escadas</b>	9
<b>Entrar para o carro</b>	9
<b>Autocuidado Alimentar-se</b>	10

## O que é o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)?

O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) é uma medida pública que facilita o acesso de pessoas com deficiência ou incapacidade a equipamentos essenciais para prevenir, compensar ou eliminar/atenuar as suas limitações, promovendo a reabilitação, inclusão e participação plena na sociedade.

## O que são os produtos de apoio/ajudas técnicas?

Qualquer produto, como dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologias ou softwares, desenvolvidos especialmente ou amplamente disponíveis, destinados a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação. São meios indispensáveis para a funcionalidade e integração da pessoa com deficiência ou incapacidade.

São utilizados ou colocados pelo próprio ou com a ajuda de terceiros, tendo como objetivo uma maior funcionalidade (Norma ISO 9999:2022).

## Quem tem direito a produtos de apoio?

Pessoas com deficiência e/ou incapacidade, com necessidades especiais, que apresentem grau de incapacidade igual ou superior a 60%, comprovada por Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, ou que sejam pensionistas com complemento por dependência de grau 1.º ou 2.º.

## Qual é o tipo de apoio disponível?

O apoio consiste no financiamento, pelo Instituto da Segurança Social (ISS, IP), para a aquisição de produtos de apoio que promovam a autonomia, inclusão social e qualidade de vida de pessoas com deficiência ou incapacidade, conforme a lista homologada anualmente pelo Instituto Nacional para a Reabilitação.

## Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção

### Autocuidado Vestuário

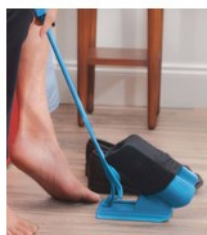
Utilize uma pinça de cabo longo para apanhar objetos do chão, vestir as calças e calçar as meias, com o mínimo de flexão.

**Para Vestir** – primeiro o membro operado e depois o não operado;

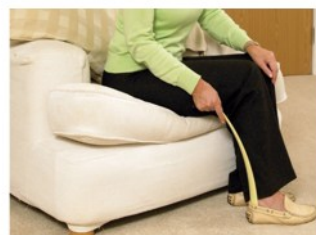
**Para Despir** - primeiro o membro não operado e depois o operado.



Calçar collants



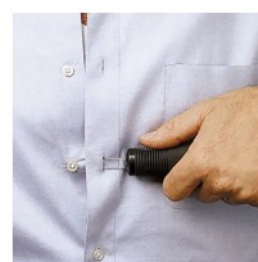
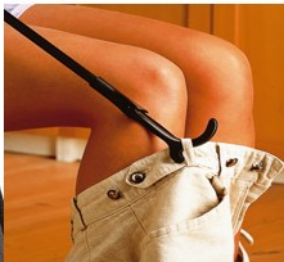
Calçar meias



Calçadeira para sapatos e bota



Seguradores de roupa



Ganchos para abotoar



Gancho e cabo para vestir e despir



Puxador de fecho éclair

## Autocuidado Higiene

Não tome banho de imersão, utilize o chuveiro. Se tiver Banheira pode utilizar um banco de banho, se tiver poliban, existem cadeiras de higiene adequadas para entrarem dentro do poliban.



Bancos de banho/higiene



Cadeiras de banho/higiene

Utilize uma esponja de cabo comprido para lavar os pés.

Para limpar os pés utilize uma toalha colocando um banquinho para não se dobrar muito.



Esponjas de banho com cabo



## Autocuidado Uso Sanitário

Se a sua sanita for muito baixa coloque um adaptador de sanita ou cadeira sanitária para não efetuar uma flexão superior a 90º.



Cadeiras sanitárias



Adaptador de sanita

Caso haja algum impedimento que impossibilite a utilização da sanita/ cadeira sanitária, existem alternativas como as arrastadeiras e urinóis. Estes produtos podem ser convenientes quando a pessoa não consegue sair da cama.



Arrastadeira



Urinol

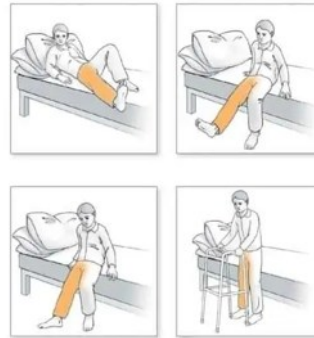
## Autocuidado Posicionar

Para virar- na cama deve ser sempre para o lado contrário do membro operado com apoio de uma almofada ou um triângulo entre as pernas para que estas se mantenham afastadas.



## Autocuidado Transferir-se

Apoiar os braços na cama, e rodar a bacia e as pernas ao mesmo tempo para fora da cama , sempre com a perna operada afastada.



## Autocuidado Sentar-se

Encoste bem as suas pernas à cadeira, apoie as mãos nos braços da mesma; estique a perna operada para a frente fazendo força na perna não operada.



## Andar com Auxiliar de Marcha

Os auxiliares de marcha, como andarilhos, canadianas e tripés, são dispositivos projetados para oferecer suporte e estabilidade durante a locomoção, atuando na prevenção de quedas e maior independência nas atividades da vida diária.

A escolha do dispositivo depende das necessidades individuais, devendo ser ajustado corretamente para evitar desconfortos e melhorar a segurança.

**Andarilhos**



**Canadianas/moletas**



**Tripé**



## Subir Escadas e Descer Escadas

**Para subir** - avança primeiro o membro não operado, depois as canadianas e a seguir o membro operado.

**Para descer** - primeiro colocar as canadianas no degrau de baixo depois o membro operado e a seguir o membro não operado.



## Entrar para o Carro

Para entrar no carro, sente-se com as pernas ainda para fora do carro, sempre com a perna operada esticada e leve as pernas juntas para dentro do carro, girando o tronco. Para sair, faça a mesma coisa.



## Autocuidado Alimentar-se

Para a alimentação existem produtos que facilitam a autonomia da pessoa com limitações. Existem talheres com cabos mais longos, pregas de velcro e ângulos à direita e esquerda para auxílio de pessoas com mobilidade reduzida, ajudando a pessoa a agarrar com mais vigor e autonomia.



Existem copos adaptados com pegas e bordos de um lado para pessoas com dificuldade na extensão do pescoço.



Existem pratos com bordos para facilitar as pessoas que apenas se conseguem alimentar com uma mão, sendo que os pratos também têm bases antideslizantes para facilitar a pessoa.



**Cuidar de si mesmo é um ato de empoderamento e força,  
onde cada escolha promove autonomia e bem-estar.**

**Contactos e indicações específicas deste folheto**

Tel.:  
E-mail:

**Serviço/Unidade:** Ortotraumatologia  
**Elaborado por:** Autor(es): Ana Ciuro, Ana Romão,  
Catarina Amador, Miguel Cunha, Nelson Pardal e  
Noélia Ferreira.

**Data de elaboração/revisão:** Dezembro 2024

**Versão:** 1

**Verificado por:**

**Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE**  
Av. Torrado da Silva, 2805-267 Almada  
Tel.: +351 212 940 294 | Fax: +351 212 957 004  
[geral@ulsas.min-saude.pt](mailto:geral@ulsas.min-saude.pt)  
[www.hgo.min-saude.pt](http://www.hgo.min-saude.pt)



**ANEXOS**

ANEXO 1 – Certificado de comunicação oral livre nas III  
Jornadas de Enfermagem ONE HEALTH: Conquistas e Desafios

## CERTIFICADO

*Miguel Selidónio Lopes Cunha*

Participou com a apresentação da seguinte comunicação livre: "**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida do doente pós AVC**", nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.



Presidente da Comissão Científica



Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

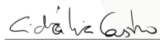


ANEXO 2 – Certificado de participação nas III Jornadas de  
Enfermagem ONE HEALTH: Conquistas e Desafios

## CERTIFICADO

*Miguel Selidónio Lopes Cunha*

esteve presente nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egás Moniz, na condição de assistente.



Presidente da Comissão Científica



Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



ANEXO 3 – Certificado de presença e comunicação oral livre nas  
V Jornadas científicas universitárias e politécnicas Egas Moniz

CERTIFICA-SE QUE

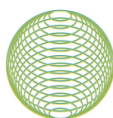
Miguel Selidónio Cunha

Participou / Apresentou

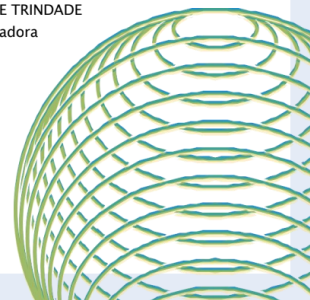
*Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na deglutição comprometida do doente pós AVC.* nas V Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz, entre 25 e 29 de novembro de 2024.

*Alexandre Trindade*

PROFESSOR DOUTOR ALEXANDRE TRINDADE  
Presidente da Comissão Organizadora



JORNADAS  
CIENTÍFICAS  
EGAS MONIZ



ANEXO 4 – Certificado de apresentação de Póster nas V  
Jornadas científicas universitárias e politécnicas Egas Moniz

CERTIFICA-SE QUE

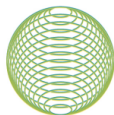
Miguel Selidónio Cunha

Participou / Apresentou

*Reabilitar a pessoa com incontinência  
urinária* nas V Jornadas Científicas  
Universitárias e Politécnicas Egas  
Moniz, entre 25 e 29 de novembro de  
2024.



PROFESSOR DOUTOR ALEXANDRE TRINDADE  
Presidente da Comissão Organizadora



JORNADAS  
CIENTÍFICAS  
EGAS MONIZ

