



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

# **REABILITAÇÃO COGNITIVA DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Sandra Maria Antunes Loureiro

Maio de 2023  
Porto



# **REABILITAÇÃO COGNITIVA DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Sandra Maria Antunes Loureiro

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação orientado pela Professora Doutora Tânia Marisa Pinto Rodrigues, coorientado pela Professora Patrícia Maria Correia Araújo e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Maio de 2023

Porto

## **DEDICATÓRIA**

Ao Martim, à Maria e à Rita, meus amores pequeninos, cujos sorrisos iluminam a minha alma e me fazem sempre feliz!

À Mónica, minha irmã de coração, a de sempre e para sempre... a tua resiliência mostra-me como vale a pena viver!

## **AGRADECIMENTOS**

Às pessoas de quem cuidei, às suas famílias e aos seus cuidadores, pela receptividade, estímulo e incentivo para aprender e melhorar a qualidade dos cuidados.

À professora Doutora Tânia e à professora Patrícia, pelo apoio e tempo despendido na revisão, discussão e partilha de ideias neste momento de crescimento pessoal e profissional.

A todos os enfermeiros dos serviços onde estagiei ao longo deste percurso formativo, incluindo as/os enfermeiras/os chefes, pelo apoio, oportunidades proporcionadas, partilha constante, momentos de reflexão, aprendizagens, desenvolvimento de capacidades e competências.

Aos enfermeiros tutores, pelo excelente acompanhamento e transmissão de conhecimento e saberes, pelo tempo dispensado, compreensão, incansável apoio, dedicação, realismo e sinceridade, que proporcionaram uma fácil integração e um bem-estar ao longo do percurso.

Ao Bruno e ao Martim, à minha família e aos amigos verdadeiros, pelo apoio incondicional nos dias de maior cansaço e desânimo, pelas palavras de incentivo, encorajamento para continuar e pela compreensão da ausência em tantos momentos.

Aos meus colegas de trabalho e à enfermeira chefe do serviço, pela ajuda, incentivo, companheirismo e amizade.

Aos colegas de mestrado, pela partilha de sentimentos, angústias e desabafos.

A todos, muito obrigada!

## CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AIT	Acidente Isquémico Transitório
APA	American Psychological Association
ASA	American Stroke Association
AVD's	Atividades de Vida Diária
CC	Comprometimento Cognitivo
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	Current Index to Nursing & Allied Health Literature
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
ECG	Escala de Coma de Glasgow
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EE	Enfermeiro Especialista
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde Santa Maria
GC	Grupo de Controlo
GE	Grupo Experimental
GTR	Grupo de Terapia de Reminiscência
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MS	Membro Superior
NI	Nível de Evidência
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
NINDS	National Institute of Neurological Disorders and Stroke
OE	Ordem dos Enfermeiros
PBE	Prática Baseada na Evidência
PE	Processo de Enfermagem
RC	Reabilitação Cognitiva

RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SPAVC	Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
TR	Terapia de Reminiscência
WHO	World Health Organization

## RESUMO

**Enquadramento:** O acidente vascular cerebral (AVC) constitui um tema de extrema importância pela sua elevada representação epidemiológica, tanto em Portugal como no resto do mundo. Cerca de 20-80% das pessoas com AVC apresentam défices cognitivos, sendo a memória, a atenção, as funções executivas, a perceção e a linguagem os domínios mais afetados, que muitas vezes são descurados pelos profissionais de saúde. Perante esta problemática, torna-se fundamental a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dotado de conhecimento e competências específicas que lhe permite avaliar e reabilitar a função cognitiva da pessoa com AVC, promovendo/potenciando a sua recuperação global.

**Objetivos:** Realizar uma análise crítico reflexiva sobre a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e as de Mestre desenvolvidas ao longo do percurso formativo; identificar a evidência disponível sobre os programas de reabilitação cognitiva à pessoa com AVC através da realização de uma revisão integrativa da literatura e elaborar uma proposta de intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa com comprometimento cognitivo pós-AVC, num serviço de internamento de Neurologia.

**Metodologia:** Este relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira assenta numa metodologia expositiva, descritiva e analítico-reflexiva e a segunda inclui uma revisão integrativa da literatura.

**Conclusões:** Este percurso foi rico em experiências que permitiram adquirir e consolidar competências técnicas e humanas de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, que são fundamentais na reabilitação da pessoa com AVC. A deteção de défices cognitivos e reabilitação cognitiva precoce destas pessoas é crucial para maximizar o seu potencial funcional. A proposta de intervenção de enfermagem de reabilitação promove a abordagem da reabilitação cognitiva à pessoa com AVC pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação baseada na melhor evidência.

**Palavras-Chave:** Reabilitação cognitiva, Comprometimento Cognitivo, Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação.

## ABSTRACT

**Framework:** Stroke is a topic of extreme importance due to its high epidemiological representation, both in Portugal and in the rest of the world. About 20-80% of people with stroke have cognitive deficits, with memory, attention, executive functions, perception and language being the most affected domains, which are often neglected by health professionals. Faced with this problem, the performance of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing becomes fundamental, endowed with knowledge and specific skills that allow him to assess and rehabilitate the cognitive function of the person with a stroke, promoting/enhancing their overall recovery.

**Objectives:** Carry out a reflective critical analysis on the acquisition of common skills of a Specialist Nurse, specific skills of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and Master's skills developed throughout the training course; to identify the available evidence on cognitive rehabilitation programs for people with stroke by conducting an integrative literature review and to elaborate a proposal for a rehabilitation nursing intervention for people with post-stroke cognitive impairment, in a Neurology inpatient service.

**Methodology:** This report is divided into two parts. The first is based on an expository, descriptive and analytical-reflective methodology and the second includes an integrative literature review.

**Conclusions:** This route was rich in experiences that allowed the acquisition and consolidation of technical and human skills of Specialist Nurse and Master in Rehabilitation Nursing, which are fundamental in the rehabilitation of people with stroke. The detection of cognitive deficits and early cognitive rehabilitation of these people is crucial to maximize their functional potential. The rehabilitation nursing intervention proposal promotes the approach of cognitive rehabilitation to the person with stroke by the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing based on the best evidence.

**Keywords:** Cognitive Rehabilitation, Cognitive Impairment, Stroke, Nursing Rehabilitation.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO .....</b>	<b>15</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO .....</b>	<b>16</b>
1.1 ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DO CONTEXTO.....	16
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE MELEIS NA PRÁTICA CLÍNICA .....	19
<b>2. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO .....</b>	<b>22</b>
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	22
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	22
2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade .....	26
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados .....	27
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	28
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	29
2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	36
<b>PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>39</b>
1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL .....	39
1.2. EPIDEMIOLOGIA DO AVC.....	41
1.3. DÉFICES NEUROLÓGICOS DECORRENTES DO AVC .....	43
1.3.1. Comprometimento Cognitivo.....	44
1.4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM AVC .....	50
1.4.1. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Comprometimento Cognitivo pós-AVC.....	55
<b>2. FINALIDADE E OBJETIVOS .....</b>	<b>60</b>
<b>3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>62</b>
3.1. METODOLOGIA.....	62
3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	65
3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	68
3.4. CONCLUSÕES .....	73
<b>4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO PÓS-AVC .....</b>	<b>75</b>
4.1. AVALIAÇÃO DOS DÉFICES COGNITIVOS.....	75

4.2. REABILITAÇÃO COGNITIVA .....	76
4.3. REAVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA .....	81
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO I - Escala de Coma de Glasgow</b>	
<b>ANEXO II - Teste Montreal Cognitive Assessment</b>	
<b>ANEXO III -Territórios arteriais e manifestações clínicas do AVC isquêmico</b>	
<b>ANEXO IV - Principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico</b>	
<b>ANEXO V - Guia de instruções para a administração e cotação do teste MoCA</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I - Projeto de Estágio</b>	
<b>APÊNDICE II - Formação em serviço “AVC - Avaliação Cognitiva: Teste Montreal Cognitive Assessment”</b>	
<b>APÊNDICE III - Identificação dos estudos para análise final</b>	
<b>APÊNDICE IV - Resumo dos dados extraídos dos estudos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura</b>	
<b>APÊNDICE V - Programas de reabilitação da função cognitiva</b>	
<b>APÊNDICE VI - Quadro de Orientação Temporo-Espacial</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Mudança percentual média anual projetada nas taxas brutas de incidência, prevalência, morte e anos de vida ajustados por incapacidade durante 2018 a 2047 .....	43
<b>Figura 2.</b> Suporte necessário após o AVC . .....	51
<b>Figura 3.</b> Definição de pontos de tempo críticos que se vinculam à biologia da recuperação pós-AVC atualmente conhecida .....	53
<b>Figura 4.</b> Fluxograma PRISMA - Processo de pesquisa e seleção dos estudos .....	66
<b>Figura 5.</b> Esquema com os resultados da RIL.....	67
<b>Figura 6.</b> Esquema representativo da proposta de intervenção de ER à pessoa com CC pós-AVC. ....	82

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> Fatores de risco do AVC .....	40
<b>Quadro 2</b> Fatores de risco modificáveis e não modificáveis .....	41
<b>Quadro 3</b> Domínios da atenção .....	45
<b>Quadro 4</b> Défices da linguagem e sua descrição .....	48
<b>Quadro 5.</b> Distribuição dos défices cognitivos consoante a localização do AVC .....	49
<b>Quadro 6</b> Diretrizes para a reabilitação e recuperação de AVC em adultos .....	56
<b>Quadro 7</b> Estratégia PICO.....	62
<b>Quadro 8</b> Construção da frase booleana .....	63
<b>Quadro 9</b> Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos.....	64

## INTRODUÇÃO

O aumento do conhecimento global da população e a procura pela qualidade nos cuidados de saúde, impulsionam os profissionais de saúde a uma prática baseada na melhor evidência disponível, permitindo-lhes uma atualização constante de conhecimento e aperfeiçoamento de competências. Desta forma, a necessidade de crescimento pessoal e profissional, bem como de formação especializada e atualizada na área da Enfermagem de Reabilitação (ER) contribuíram para a frequência do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Alto Tâmega.

O presente documento, Relatório Final, realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Opção com Relatório, será posteriormente alvo de apreciação e discussão pública por parte de um júri nomeado, segundo o que se encontra preconizado no Decreto-Lei nº 107/2008 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008), para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Pretende-se que o documento traduza a descrição, análise crítico reflexiva das atividades desenvolvidas, da aprendizagem e da aquisição de competências gerais de enfermeiro especialista (EE) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) desenvolvidas no Estágio de Opção.

A escolha do tema prende-se com o interesse pessoal e profissional. Deve-se, em parte, ao exercício profissional num serviço de Medicina onde a admissão de pessoas com o diagnóstico de AVC com défices cognitivos é muito frequente, junto com o interesse que emergiu durante o anterior estágio de Neurologia e da perceção de que a participação da pessoa no seu próprio caminho de recuperação condiciona positivamente o processo de reabilitação. Além desses motivos, a Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE) reconheceu que a Reabilitação Cognitiva (RC) é uma das áreas de investigação prioritárias para a especialidade para a década de 2015-2025 (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A construção do saber em enfermagem emerge da relação permanente entre os saberes teóricos (saber-saber) e os saberes aprendidos no exercício da prática profissional (saber-fazer) que surge durante o estágio supervisionado (Benito et al., 2012). Desta forma, para adquirir as competências de EEER na área neurológica, mais especifica-

mente na RC, foi realizado um estágio num serviço de Neurologia de um Hospital Central do Norte do país. A escolha pelo referido serviço prende-se com a necessidade de desenvolver as atividades propostas no Projeto de Estágio (Apêndice I) numa unidade especializada no tratamento, prevenção de complicações e reabilitação da pessoa com AVC, de forma a possibilitar a recuperação, diminuir ou compensar os défices instalados, com o objetivo de maximizar o potencial funcional da pessoa.

Como orientação disciplinar foi adotado o referencial teórico de Alaf Meleis, com o objetivo de prestar cuidados especializados, de acordo com as transições que as pessoas vivenciam nesse contexto (Meleis, 2010; Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

No decorrer do Estágio, foi identificada a necessidade de complementar a avaliação dos défices cognitivos com recurso à escala Montreal Cognitive Assessment (MoCA), pelo que se realizou uma formação em serviço para os EEERs intitulada: AVC - Avaliação Cognitiva: Teste Montreal Cognitive Assessment (Apêndice II) e a importância da implementação de um programa de RC à pessoa com AVC, apresentado na parte II do presente documento.

Sabendo que o Regulamento nº 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e o Regulamento nº 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) direcionam a praxis clínica especializada em evidência científica atualizada e o Decreto-Lei nº 107/2008 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008) refere que o ciclo de estudos deve assegurar uma atividade de investigação baseada na prática, foi seguida essa premissa. Assim, e de forma a responder à questão: *“Quais as intervenções do EEER à pessoa com AVC com comprometimento cognitivo?”*, foi realizada uma pesquisa primária através da consulta e leitura de livros, manuais, revistas científicas, motores de busca e repositórios disponíveis online. Posteriormente, de forma a elaborar uma proposta de intervenção de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (ER) para o serviço onde decorreu o Estágio, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL).

O AVC é uma lesão aguda causada por diversas doenças cerebrovasculares com grande incidência na prática clínica e uma das principais causas de morbidade, dependência, incapacidade, e mortalidade a nível mundial (Sacco et. al, 2013; Yang et. al, 2021), com grande impacto na qualidade de vida da pessoa que sofreu a lesão.

O comprometimento cognitivo (CC) é um efeito comum e potencialmente incapacitante do AVC (Quinn et al., 2021). Segundo os mesmos autores, a RC é definida como um conjunto individualizado e estruturado de atividades terapêuticas destinadas a restaurar défices cognitivos de um domínio ou da função cognitiva global, com o obje-

tivo de minimizar o impacto desses défices nos aspetos relevantes da vida das pessoas/famílias, o que vai de encontro ao Regulamento nº 392/2019, quando dita que as intervenções do EEER visam assegurar a manutenção das capacidades funcionais, melhorar as funções residuais e minimizar o impacto das incapacidades instaladas ao nível da função neurológica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Este relatório tem como objetivos:

- Realizar uma análise crítico reflexiva das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de EE, de EEER e de Mestre adquiridas ao longo do percurso formativo, face aos objetivos propostos;
- Fundamentar a prática baseada na evidência (PBE), aliando os conhecimentos científicos e teóricos/teórico-práticos com os conhecimentos técnicos e humanos;
- Realizar uma RIL sobre programas de RC à pessoa com AVC;
- Elaborar uma proposta de intervenção de enfermagem de RC à pessoa com CC pós-AVC, baseada na evidência científica atual.

Quanto à metodologia, este relatório é fundamentalmente um documento expositivo, descritivo e analítico-reflexivo, redigido segundo o Guia para Elaboração de Trabalhos da ESSSM e de acordo com as normas da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

No que concerne à estrutura do documento, este inicia-se com a Introdução que pretende a compreensão do corpo do documento, o enquadramento e justificação do tema; segue-se o corpo do relatório constituído por duas partes: na primeira parte, (Componente de Estágio) realiza-se uma análise descritiva e crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do estágio realizado, em resposta aos objetivos definidos no Projeto de Estágio, tendo como base a evidência científica disponível e na segunda parte (Componente de Investigação) faz-se o enquadramento conceptual com recurso a uma revisão da literatura, onde se descreve a pertinência do tema, seguido da RIL e da proposta de intervenção a apresentar; explanam-se as considerações finais e, por último, são apresentadas as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

## PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

A atualização contínua de conhecimentos e a formação permanente do enfermeiro constituem uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e assumem dupla terminologia de direito e de dever (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

De forma a adquirir uma melhor capacidade de resposta às necessidades das pessoas a quem presta cuidados, o enfermeiro deve optar por uma área de especialização, com inerente certificação de competências e integrar a formação, a prática e a reflexão como elementos integrantes do percurso do estudante de ER (Barata, 2017). Segundo o mesmo autor, competência pode ser definida como a combinação de conhecimentos teóricos: saber técnico (saber o que se deve fazer) e saber metodológico (como se deve fazer); capacidade de julgamento; habilidades cognitivas, psicomotoras, interpessoais e técnicas; prática reflexiva e das características individuais do profissional, assentes numa prática que respeite a ética e os valores necessários a cada contexto. As competências podem ser divididas em competências teóricas (saber-saber), competências práticas (saber-fazer), e competências sociais e comportamentais (saber-ser) (Barata, 2017).

Neste capítulo pretende fazer-se uma análise crítico reflexiva do contexto onde decorreu o Estágio e do referencial teórico adotado para a prática clínica, assim como das vivências ao longo deste percurso académico, tendo como orientação o Projeto de Estágio.

## 1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

No presente capítulo pretende-se dar a conhecer, através da sua caracterização, o contexto onde decorreu o Estágio. Será realizada uma descrição e reflexão crítica do espaço físico e recursos materiais disponíveis, bem como dos recursos humanos existentes e principal população alvo. Posteriormente, será feita uma abordagem ao referencial teórico que sustentou a prática.

### 1.1 ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA DO CONTEXTO

Segundo Benito (2012, p.172), o estágio supervisionado permite que o estudante adquira “um perfil que vá ao encontro ao perfil de um profissional competente com conhecimentos e habilidades adequadas ao exercício da profissão”. Desta forma, o Estágio decorreu entre os dias sete de novembro e dezasseis de dezembro, num serviço de Neurologia de um Hospital Central da região Norte de Portugal que integra maioritariamente pessoas acometidas com AVC, com predomínio do sexo masculino, sob a tutoria de um EEER integrante da equipa.

O serviço tem a lotação de 25 camas, distribuídas por quatro enfermarias, sendo uma delas considerada uma unidade de doentes vasculares, onde estão internadas pessoas com necessidade de maior vigilância e monitorizadas com telemetria. Cada enfermaria comporta seis camas, à exceção da última que tem sete camas, organizadas equitativamente em duas faixas, separadas por um corredor com dimensões que permitem treinos de marcha e deambulação com cadeira de rodas, mesmo em situações de isolamento. Em cada enfermaria existe uma casa de banho completa constituída por um polibano com piso antiderrapante e uma cadeira de plástico adaptada, uma sanita e um lavatório com barras de apoio lateral, com espaço suficiente para mover cadeira de rodas e utilização de meios auxiliares para o treino dos autocuidados.

Cada unidade é constituída por uma cama articulada regulável em altura, o que facilita a ergonomia profissional e o transferir da pessoa da cama para o cadeirão e vice-versa, com grades protetoras para prevenção de quedas; uma mesa de cabeceira regulável em altura que permite guardar pertences, que se traduz numa maior independência da pessoa (melhora o acesso a objetos necessários e serve de apoio ao autocuidado comer e beber); um cadeirão reclinável que permite o levante diário da pessoa internada e

um pequeno armário que se encontra numa zona menos acessível à pessoa com incapacidade, facto que a leva muitas vezes a solicitar ajuda para se deslocar ao local ou que os profissionais lhe tragam algum pertence que lá têm guardado.

A equipa de enfermagem é constituída por 38 enfermeiros, dos quais uma enfermeira chefe, cinco EEER, um EE em Saúde Mental e uma EE em Médico-Cirúrgica que assume o papel de responsável de serviço. O método de trabalho de enfermagem praticado é o método individual de trabalho que implica que um único enfermeiro conceba, execute, implemente e avalie a prestação de cuidados a uma ou mais pessoas e que assuma responsabilidade pelos mesmos durante o turno, sustentado na assistência total à pessoa (Ventura-Silva et al., 2021), embora se denote uma entreajuda entre os elementos da equipa para possibilitar uma prestação de cuidados mais eficiente. A enfermeira-chefe, enfermeira gestora do serviço, tem a especialidade em ER e assume a responsabilidade pela “supervisão e avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, mantendo desta forma um poder de decisão ao longo de todas as etapas deste processo” (Ventura-Silva et al., 2021, p.288).

O EEER organiza o seu trabalho de acordo com prioridades, que define com base no seu conhecimento e nas competências específicas que lhe são conferidas pelo título de especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim, após assistir à passagem de turno, traça o seu plano de trabalho, com base no que foi transmitido pelos colegas, na consulta do processo clínico (registos de enfermagem e de outros profissionais de saúde e visualização de exames complementares de diagnóstico), nos problemas reais e potenciais da pessoa internada, concebendo e implementando planos de ER individualizados. Os cuidados de ER à pessoa com afeção neurológica têm como objetivos: promover o diagnóstico precoce e as ações preventivas e proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária (AVD's) e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Segundo o redigido no Regulamento nº 743/2019, “compete à Ordem dos Enfermeiros contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos” (Ordem dos Enfermeiros, 2019c, p.128). Segundo o regulamento citado, nos serviços de internamento hospitalar devem estar alocados dois EEER por cada 15 doentes (12 horas de cuidados de reabilitação em todos os dias da semana), o que não acontece. A EEER assegura o turno da manhã de seis horas e meia de segunda a sábado, o que faz com que seja necessário estabelecer

prioridades devido à elevada carga de trabalho e gerir o tempo disponível para tantas necessidades detetadas. Segundo uma *scoping review* realizada por Ventura-Silva et al. (2021, p. 290), “a elevada carga de trabalho dos enfermeiros, o excesso de atividades a concretizar durante o horário de trabalho face ao número de enfermeiros necessários, induz a uma prestação de cuidados com menor qualidade em relação aos padrões profissionais”, o que pode causar insatisfação profissional, desgaste físico e emocional e stress, além de recuperações mais tardias, maior tempo de internamento e atraso no regresso à vida social. De referir um aspeto positivo e de satisfação profissional na área da ER: neste serviço, há substituição da EEER destacada para os cuidados especializados aquando das faltas, férias e folgas, promovendo a oportunidade dos demais especialistas prestarem cuidados de enfermagem especializados.

Para além da equipa de enfermagem, a equipa multidisciplinar conta com uma equipa médica constituída por neurologistas e internos da especialidade; com uma equipa de assistentes operacionais; por dois fisioterapeutas que se deslocam ao serviço para realizar sessões a pessoas mais dependentes ou que não se possam deslocar ao Ginásio; por uma assistente social que, em conjunto com os enfermeiros do serviço e da Equipa de Gestão de Altas, procede à referenciação da pessoa para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de acordo com as suas necessidades; uma médica de Medicina Física e Reabilitação que procede à avaliação e prescrição de reabilitação no Ginásio ou no serviço e colabora na referenciação das pessoas; uma nutricionista que avalia as necessidades nutricionais e prescreve a dieta conforme o tipo de disfagia que a pessoa apresenta; uma neuropsicóloga; uma terapeuta da fala que colabora com o EEER na reabilitação da pessoa com disfagia, disartria e afasia. Aquando da necessidade de deslocar a pessoa a outros serviços, por exemplo, para realizar exames, sessões de fisioterapia ou outros procedimentos necessários ao seu tratamento, é solicitada a colaboração de um mensageiro.

A distribuição das refeições é assegurada por uma assistente operacional, que faz parte do corpo de uma empresa externa ao hospital. Cabe aqui uma referência a um projeto no âmbito da alimentação na qual participam a EEER, a nutricionista e uma empresa farmacêutica, promovendo uma dieta adequada a pessoas com disfagia, pois a antiga dieta pastosa fornecida pelos serviços hoteleiros não era do agrado da maioria das pessoas internadas. Desta forma promove-se a adesão à dieta e a estimulação sensorial através do paladar.

Esta unidade de cuidados possui diversos recursos materiais fundamentais à prática da ER: um elevador que permite as transferências cama-cadeirão e vice-versa da pessoa com excesso de peso que não seria possível sem essa ajuda técnica; cadeiras de rodas normais e duas adaptadas com possibilidade de apoio do membro superior (MS) plégico (direito e esquerdo) em posição antiespástica; diversos jogos de cor e imagem com correspondências para melhorar a destreza manual e promover a estimulação cognitiva; espelho quadriculado para treino de mímica facial, técnica de feedback através do espelho e correção da postura corporal; três pedaleiras, sendo uma delas automática que permite a mobilização dos membros inferiores mesmo quando a pessoa não colabora no processo ou em situações de hemiparésia e hemiplegia; andarilhos; escadas para treinos de subir e descer escadas com apoio bilateral; barras paralelas com base antiderapante que permitem o treino de marcha com apoio bilateral; almofadas para apoio do MS plégico para uso tanto na posição deitada no leito como sentada no cadeirão; bases rígidas que permitem uma posição correta no cadeirão, o comer sentado com um bom apoio do prato e a realização de outras atividades; talheres adaptados para possibilitar o treino e uma maior autonomia na alimentação da pessoa com hemiparesia e hemiplegia do MS dominante; vários quadros que permitem a comunicação com a pessoa afásica (abecedário, expressões mais frequentes, frases simples que permitem resposta ao que os profissionais questionam, desenhos com descrição do que poderá necessitar quando toca à campainha da unidade ou solicita a atenção de algum profissional); talas de Margaret Johnson usadas em membros plégicos (facilitam o posicionamento, previnem a espasticidade, estimulam os proprioceptores, inibem o desenvolvimento de contraturas) e bolas de Pilates utilizadas nos treinos de equilíbrio dinâmico, entre outros.

O trabalho do EEER, inserido numa equipa interdisciplinar, dotado de materiais e equipamentos adequados, potencia a qualidade dos cuidados e os resultados das intervenções de enfermagem, produzindo maior autonomia na pessoa, facilitando o seu processo de recuperação e de reintegração na vida social e na comunidade.

## 1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE MELEIS NA PRÁTICA CLÍNICA

Uma das teorias que suporta o desenvolvimento da prática clínica no presente estágio é a teoria das transições de Alaf Meleis. Com base neste referencial, o EEER identifica os problemas e as necessidades da pessoa, planeia e executa terapêuticas de

enfermagem intencionalmente direcionadas para a facilitação das transições (Ribeiro, Moura e Ventura, 2021). A transição, conceito central desta teoria, é definida como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado razoavelmente estável para outro, desencadeado por uma mudança (Meleis, 2010).

No contexto de internamento do Serviço de Neurologia, a pessoa sofre transições relacionadas com situações de saúde-doença, mudanças repentinas ou graduais de papéis que resultam da mudança de um estado saudável para uma doença aguda (AVC e doença neurológica que limita a capacidade funcional da pessoa, por exemplo) e situações de mudança de doença para o bem-estar (recuperação de défices após tratamento ou controle de doença neurológica).

As sequelas do AVC (patologia de maior interesse no presente relatório) são inúmeras e condicionam a vida da pessoa e dos seus familiares/prestadores de cuidados (transição saúde-doença), alterando os seus papéis pessoais, familiares, sociais e profissionais (transição situacional), pelo que têm que aprender a viver com os novos papéis e com a nova condição de saúde, aprender os autocuidados de acordo com as deficiências adquiridas e adquirir estratégias de readaptação (Martins et al., 2018). Segundo as mesmas autoras, além das situações enumeradas, a pessoa em contexto de internamento vivencia diferentes estados psicológicos, devido ao distanciamento dos familiares e das suas rotinas habituais e integra um ambiente pouco acolhedor e cheio de rotinas, normas e regras desconhecidas. Acrescentando o facto da ocorrência do AVC ser uma transição multifatorial, a pessoa experiencia uma maior vulnerabilidade, pelo que o EEER representa o papel de agente facilitador destes processos de mudança (Martins et al., 2018).

Apesar da situação de hospitalização ser considerada um evento crítico, com o passar do tempo, a pessoa necessita de se consciencializar/ter perceção da situação para se envolver e participar no processo de reabilitação, de forma a atingir os resultados objetivados (Meleis, 2010; Martins et al., 2018).

Durante este estágio, foi realizada avaliação da capacidade cognitiva, da capacidade física, da consciencialização das mudanças do estado de saúde, da vontade expressa para aprender, avaliação do envolvimento no processo de ensino/aprendizagem, das crenças e suporte da pessoa, de modo a planear as intervenções de forma individualizada e mais eficaz, em linha com Araújo et al. (2021). Sempre que possível, as intervenções foram realizadas tanto à pessoa como ao/na presença do prestador de cuidados e adaptada à literacia e ao contexto sócio intelectual dos mesmos.

Meleis (2010) refere que o enfermeiro deve ter em conta fatores facilitadores e inibidores da transição, tais como fatores pessoais (significados, crenças e atitudes, condição socioeconómica, preparação e conhecimento), comunitários e sociais (apoio familiar e social e recursos disponíveis), de forma a desencadear respostas positivas às transições vividas. Assim, o processo de transição nem sempre é fácil. Se as experiências anteriores relativamente à transição tiverem sido negativas, o novo processo de mudança ficará prejudicado, aumentando a vulnerabilidade da pessoa. Esta vulnerabilidade faz com que a sua recuperação potencial seja prejudicada, culminando com um *coping* não saudável e tardio.

Durante o estágio, verificaram-se algumas situações em que a pessoa com experiências anteriores dolorosas e traumáticas tinha a perceção de que poderia experienciar novamente a mesma situação e que a recuperação seria penosa e sem sucesso. O encontro com crenças limitadoras foi outra barreira encontrada durante o processo, uma vez que prejudicam o processo de reabilitação, pelo que a primeira intervenção passou pela sua desmistificação.

Foram ainda encontrados outros fatores dificultadores da transição após AVC aquando do internamento, tais como: o distanciamento das pessoas significativas; a dificuldade da família em conciliar o horário laboral com o estipulado para as visitas, que se traduziu em visitas mais curtas ou apenas durante o fim de semana; o desafio na readaptação funcional e aceitação do seu estado atual e os distúrbios da linguagem. Não obstante, também foram encontrados condicionantes positivos, tais como: boa relação terapêutica pessoa-EEER; estratégias de *coping* que permitiram enfrentar as adversidades do internamento; momentos de humor; motivação para o processo de reabilitação; apoio dos e nos profissionais de saúde; apoio familiar aquando da visita e recursos materiais adequados, tais como material de apoio/ajudas técnicas potencializadores de uma melhor readaptação funcional e capacitação para o autocuidado.

Após análise das condições da transição, o EEER concebe um plano de cuidados, onde as intervenções terapêuticas pretendem gerar nas pessoas padrões de resposta adequados, quer ao nível de processo (sentir-se situado, em interação com pessoas com a mesma condição e/ou profissionais de saúde e desenvolver confiança) quer a nível de resultado (mestria e reformulação de nova identidade), que traduzem a vivência de uma transição com sucesso (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

## **2. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

Aquando da redação do Projeto de estágio, de forma a operacionalizar o objetivo geral preconizado pela ESSSM, foram construídos objetivos específicos com as respectivas atividades, indicadores e recursos necessários para os atingir, em linha com as competências específicas que constam no Regulamento das Competências Comuns do EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) e o Decreto-Lei nº 107/2008 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008), que regula a atribuição do grau académico de Mestre.

Os subcapítulos seguintes destinam-se à análise fundamentada, crítica e reflexiva, de uma maneira sucinta e assertiva, das experiências vivenciadas e das atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados especializados em ER inerentes ao Estágio realizado aquando da frequência da Unidade Curricular “Estágio de Opção com Relatório”.

### **2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, o EE é o enfermeiro a quem é reconhecida a competência científica, técnica e humana necessária à prestação de cuidados de enfermagem especializados, em todos os contextos de vida da pessoa e que atua nos diferentes níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Segundo o mesmo documento, todos os EE partilham de um conjunto de competências comuns, além das específicas de cada área de especialidade.

De seguida, faz-se uma análise crítico reflexiva às atividades desenvolvidas e às competências adquiridas nesse âmbito, segundo os objetivos específicos preconizados.

#### **2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal emergem dois objetivos. De seguida faz-se o seu desdobramento com a respetiva análise crítico-reflexiva.

***Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas, os princípios éticos e a deontologia profissional, que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.***

Durante a práxis clínica, recorrente e diariamente surgem dilemas, muitas vezes inquietantes e perturbadores, que implicam tomadas de decisão éticas por parte dos profissionais de saúde. Este é um objetivo central e transversal à prática de cuidados de enfermagem, pois pressupõe sempre uma relação entre enfermeiro-pessoa/família/comunidade, em que “os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico, que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 14). Desta forma, segundo o mesmo documento, além da qualidade científica ou técnica, exige-se uma qualidade humana e humanizada no exercício da profissão.

A deontologia profissional prevê o conjunto de direitos e deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro. Desta forma, pode exercer-se a profissão, “sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem”, com o dever de “cumprir as obrigações emergentes do presente Estatuto, do código deontológico e demais legislação aplicável” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, pp.21e 30).

Todos os profissionais de enfermagem, incluindo o EEER, devem reger a sua prática de acordo com os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Ao longo deste percurso formativo, foi tido como fundamental o respeito pelo Código Deontológico, pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, pela Lei de Bases da Saúde e Lei nº 15/2014, respeitante aos direitos e deveres da pessoa e pela lei geral vigente. Assim, foi estabelecida uma relação empática com a pessoa como ser humano único, dotado de crenças, valores e costumes, baseada no respeito pelos direitos humanos e assente nos princípios éticos, valores e normas deontológicas da profissão. Em todas as relações terapêuticas estabelecidas, estiveram presentes os valores universais que regem a profissão: igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Os cuidados prestados foram assentes no respeito pelos princípios éticos em cuidados de saúde (princípio da beneficência/não maleficência, princípio pelo respeito pela autonomia, princípio da justiça e o princípio da vulnerabilidade) preconizados também

pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Sempre que possível, os planos de cuidados individualizados na área da prestação de cuidados especializados foram realizados em conjunto com a pessoa/família/prestador de cuidados, de modo a respeitar o princípio do respeito pela autonomia, em consonância com os seus valores, ideais, costumes e crenças, na presença da enfermeira tutora, com a qual foi também realizada a avaliação, discussão e reflexão diária das vivências e tomada de decisão, sustentadas na melhor evidência disponível, promovendo uma prática especializada de qualidade.

O maior desafio sentida ao longo do percurso, aquando da prestação de cuidados à pessoa com AVC, diz respeito à pessoa desorientada e com humor deprimido que não apresentava vontade ou recusava participar nas intervenções propostas. Assim, algumas vezes, houve necessidade de reformular os planos estabelecidos e intervir de acordo com a capacidade da pessoa e a sua colaboração momentânea, respeitando também o seu desejo expresso quando as alternativas não eram aceites de igual forma, indo ao encontro ao respeito pela dignidade e pela liberdade da pessoa e ao preconizado no artigo 3º da Lei 15/2014 (Assembleia da República, 2014), relativo ao direito da recusa da prestação de cuidados.

Antes de cada intervenção foi respeitado o dever de informar contemplado pela OE, explicando à pessoa/cuidador o que se ia fazer e os resultados esperados da intervenção, usando linguagem segundo o seu grau de compreensão e pedindo sempre o seu consentimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A redação de documentos que sustentaram a avaliação do presente contexto, assim como o presente relatório cumprem, de igual forma, o dever do sigilo profissional, de acordo com o contemplado no artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), nos artigos 5º (relativo ao direito da proteção da vida privada e dos dados pessoais) e 6º (relativo ao sigilo) da Lei 15/2014 (Assembleia da República, 2014) e na Base 28 da Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República, 2019). De forma a manter a confidencialidade e a segurança da informação clínica, não são apresentados dados que permitam identificar, tanto a pessoa alvo de cuidados, como os profissionais ou a instituição envolvida.

De forma a garantir o direito ao cuidado, explícito no artigo 83º do código deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), sempre que a situação exigia, foi solicitada a colaboração a outros profissionais de saúde de forma a responder ao problema identificado, quando o pedido ultrapassava a competência do EEER ou quando a situação exigia a colaboração interprofissional. Como exemplo, refere-se a recuperação da pessoa

com afasia, em que existe uma cooperação entre o EEER e a Terapeuta da Fala, de forma a garantir uma recuperação global ou a solicitação da Assistente Social para um encaminhamento das pessoas para a RNCCI, aquando da necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação após a alta clínica.

***Integrar na dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço de Neurologia.***

Desde o primeiro momento, houve a necessidade de integração na equipa e no próprio local de estágio, que teve início com a apresentação aos diversos profissionais de saúde integrantes da equipa e com uma visita às instalações, orientada pela EEER tutora de estágio. Esta visita permitiu uma melhor perceção da estrutura, funcionamento e organização do serviço, assim como dos recursos materiais disponíveis para a prestação de cuidados especializados de ER.

Consonante a pertinência e necessidade, foi realizada leitura de normas, protocolos, modelos de atuação, consulta do organigrama e de documentos sobre hierarquia do serviço, de forma a agir em conformidade com os mesmos.

Houve várias entrevistas informais e uma observação direta contínua da dinâmica funcional dos diferentes intervenientes para perceção do papel de cada um na equipa, das relações interdisciplinares, da perceção do método de trabalho da equipa de enfermagem e, principalmente, do papel e intervenção do EEER na prestação de cuidados à pessoa do foro neurológico.

No sentido de uma maior aprendizagem, procurou-se uma integração gradual, colaborando e participando na avaliação inicial, na construção do plano de cuidados, na execução das atividades, na avaliação dos resultados e registos das intervenções de enfermagem de reabilitação. Posteriormente, o foco de atenção foi direcionado à área de interesse, intervindo na pessoa com AVC com CC, tendo em consideração a importância do envolvimento da equipa interdisciplinar na sua recuperação.

A integração no serviço decorreu sem intercorrências e a equipa multidisciplinar, especialmente a equipa de enfermagem, foram sempre atenciosas, recetivas e com espírito de interajuda e crítica construtiva.

Estes dois objetivos foram atingidos com sucesso ao longo do percurso académico, traduzidos na aquisição da competência *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 da competência A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, contantes no Regulamento nº 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).*

### **2.1.2 Domínio da melhoria da qualidade**

No domínio da melhoria da qualidade emerge o seguinte objetivo:

***Promover a integração/mobilização de saberes e competências técnicas e científicas na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações cognitivas resultantes de um AVC.***

Durante este Estágio, foram mobilizados os saberes teóricos e competências técnicas e científicas adquiridos em sala de aula e noutros contextos de estágio, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa com alterações cognitivas resultantes de um AVC.

No âmbito da RC, não houve conteúdo teórico abordado em sala. Assim, no sentido de preparar o Estágio, foi realizada uma revisão primária da literatura, de modo a colmatar essa lacuna do conhecimento específico e possibilitar a intervenção junto à pessoa com AVC, com o objetivo de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados diferenciados, quer na conceção, implementação e monitorização dos planos de ER.

Para promover um ambiente físico, psicossocial protetor da pessoa/família/cuidador, os cuidados especializados foram centrados na pessoa, como ser único, com respeito pelos seus hábitos, crenças culturais e espirituais, com envolvimento da família/cuidador, sempre que possível (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Os dados recolhidos na entrevista e na observação, assim como a documentação dos cuidados prestados foram tratados com segurança e as informações foram transmitidas verbalmente apenas quando necessário (intervenção de outros profissionais de saúde, discussão com a Enfermeira tutora e passagem de turno) e, aquando da conclusão dos registos no sistema informático, teve-se o cuidado de realizar sempre *logout* para evitar falhas de segurança, garantir o sigilo e a confidencialidade.

Após verificar que uma pessoa com AVC aparentemente sem défices, em que lhe foi aplicado o teste MoCA e identificado CC, foi identificada uma oportunidade de melhoria, nomeadamente a nível da avaliação das alterações cognitivas. De forma a obter um benefício para uma reabilitação global da pessoa com CC pós-AVC, com base

na evidência e nesta experiência, foi realizada uma formação em serviço sobre o teste MoCA para os EEER do serviço, com o objetivo de possibilitar a sua aplicação frequente.

Ao verificar que o serviço dispõe de vários recursos materiais potencializadores de RC à pessoa com AVC, a área de interesse pessoal/profissional que vai de encontro ao tema em estudo, mas não dispõe de um programa dirigido, foi construída uma proposta de cuidados de RC à pessoa com AVC, baseado na melhor evidência (suportado por uma RIL e diretrizes na área da RC).

Posto isto, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade constantes no Regulamento nº140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a): *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 e B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro* foram adquiridas com sucesso.

### **2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados**

Neste domínio foi proposto o seguinte objetivo:

***Garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.***

Aquando da práxis clínica, a gestão dos cuidados foi de encontro ao preconizado no Regulamento nº 140/2019, com a preocupação constante em realizar as atividades com a segurança e qualidade que lhes é implícita, num ambiente positivo e favorável à prática (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Assim, tendo em conta o conhecimento teórico-prático adquirido e o conhecimento empírico baseado na evidência, adquiriu-se uma crescente segurança na tomada de decisão, uma integração positiva na equipa interdisciplinar, o que permitiu a colaboração e participação ativa nas decisões da equipa e progressiva prestação de cuidados de qualidade, de acordo com os recursos disponíveis.

Aquando da necessidade de delegação de tarefas (por exemplo, aquando da prestação de cuidados de higiene ou de alimentação por parte de assistentes operacionais), foi realizada orientação/instrução desses profissionais no sentido de manter a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Durante o presente estágio, houve ainda lugar à discussão da necessidade de recursos adequados à prestação de cuidados de ER, nomeadamente aquando da proposta

de aquisição de um andarilho com possibilidade de verticalização e transferência na posição sentada.

No decorrer do cumprimento do objetivo acima descrito, foram adquiridas as competências *C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde* e *C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados preconizadas pela OE no Regulamento nº 140/2019.*

#### **2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Neste domínio, emerge o seguinte objetivo:

***Suportar a prática clínica em evidência científica.***

Segundo o Regulamento nº 392/2019, a reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que pretende ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional e independência (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Esta foi a linha orientadora ao longo de todo o percurso; no entanto, surgiram algumas barreiras, nomeadamente nos cuidados à pessoa com CC, gerando stress e tornando-se um desafio constante ao longo das cinco semanas de prática clínica. Nesse contexto, o mais importante foi o reconhecimento de que os cuidados são individualizados e específicos para cada pessoa, dependentes das características e da situação clínica de cada um e que a PBE é uma necessidade constante e necessária. Assim, foram utilizadas estratégias necessárias para compensar e superar os desafios, investindo em pesquisa contínua, de forma a adquirir conhecimentos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados, desenvolver estratégias e técnicas para promover a capacidade de tomada de iniciativa e tomada de decisão na prestação de cuidados especializados de reabilitação nessa vertente.

Foi tomado como princípio a gestão dos cuidados adaptados ao método de trabalho e às normas vigentes no serviço em questão, de acordo com o tempo disponível, atendendo a prioridades, em função das necessidades da pessoa e dos recursos humanos e materiais existentes, em contínua reflexão/discussão crítica de forma construtiva com a tutora e, quando necessário, com outros elementos da equipa e com a orientadora de estágio.

Ao longo deste percurso, foram sentidos diversos desafios, gradualmente superados, tornando possível atingir o objetivo proposto e a aquisição das *competências D1 -*

*Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, constantes no Regulamento nº140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).*

## 2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Na área da ER, o desenvolvimento de competências específicas constantes do Regulamento n.º 329/2019 segue a premissa da prestação de cuidados de qualidade a pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas de forma “a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13565), com vista a uma melhoria da sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Barata, 2017). Neste subcapítulo faz-se uma análise às atividades desenvolvidas e às competências adquiridas constantes neste documento, segundo os objetivos específicos preconizados.

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

A competência do EEER acima descrita permitiu a proposta de três objetivos que serão descritos e discutidos em baixo.

*Desenvolver competências de avaliação neurológica, principalmente na área cognitiva e reconhecer alterações que determinem limitações/incapacidades na pessoa.*

Para conceber um plano de cuidados individualizado à pessoa/família e aplicar intervenções clínicas apropriadas, é essencial identificar as necessidades de intervenção especializadas na área da ER. Assim, inicia-se o processo com a recolha de dados, realizada a partir de todas as fontes disponíveis: informação pertinente através da entrevista com a pessoa/família/prestador de cuidados, consulta do processo clínico, observação do comportamento e utilização de instrumentos de avaliação (Varanda & Rodrigues, 2017a).

Neste Estágio, realizou-se uma avaliação inicial minuciosa junto à “cabeceira” da pessoa, onde se incluiu a colheita de dados sobre antecedentes pessoais e familiares, o relato do incidente, o exame físico geral, o exame neurológico, incluindo a avaliação das funções cognitivas e a quantificação do defeito neurológico, através da National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Esta última escala foi utilizada pela primeira vez, atendendo que no anterior estágio foi realizada a avaliação dos pares cranianos, tornando-se uma oportunidade enriquecedora. Sempre que oportuno, foi realizada a avaliação da deglutição através do *Gugging Swallowing Test*, de forma a detetar precocemente a presença e o tipo de disfagia, evitando as diversas complicações associadas. Recorreu-se ainda a outros instrumentos de avaliação (escalas e medidas complementares), consoante a necessidade, tais como a escala de avaliação da força muscular Medical Research Council, Escala de Morse, Escala de Braden e teste de equilíbrio de Tine-tti, entre outras.

Durante este Estágio propõe-se dar um maior enfoque à RC. Para Quinn et al. (2021), o primeiro passo para o tratamento eficaz do CC pós-AVC é a identificação do problema. Nesse sentido, a avaliação do potencial cognitivo num programa de ER é fundamental para traçar os objetivos e as estratégias da RC, avaliar a interferência que os défices cognitivos poderão ter no programa de reabilitação global estabelecido, avaliar a eficácia das estratégias e o progresso da pessoa (Direção Geral da Saúde, 2011b; Varanda & Rodrigues, 2017a). Neste contexto, foram utilizados vários instrumentos de avaliação tais como, a Escala de Coma de Glasgow (ECG), de forma a avaliar o nível de consciência com parâmetros de resposta motora, verbal e ocular (Anexo I) e o teste MoCA (Anexo II), de forma a avaliar o CC pós-AVC.

O teste MoCA é recomendado na norma nº053/2011: abordagem terapêutica das alterações cognitivas da Direção Geral da Saúde ([DGS], 2011a), sendo um instrumento de rastreio mais sensível em contextos de AVC agudo para identificar e prever o CC em situações de declínio cognitivo ligeiro (Freitas et al., 2011; Teasell et al., 2020b), nomeadamente em comparação com o que vigora na instituição, o Mini-Mental State Examination (MMSE). Trata-se de um breve teste da função cognitiva global composto por 30 itens de avaliação das habilidades visuoespaciais, função executiva, atenção, concentração, memória de curto prazo, memória de trabalho, linguagem e orientação temporo-espacial, em que uma pontuação menor ou igual a 26 representa CC (Teasell et al., 2020b; Nasreddine, 2018a; Nasreddine, 2018b). De referir que houve uma situação em que o resultado do teste MoCA corrobora a sua sensibilidade e que causou admiração

dos profissionais presentes: uma pessoa com o diagnóstico de AVC isquêmico há cerca de 24 horas, submetido a trombectomia, com posterior reversão completa de todos os défices e com pontuação de 15 na ECG, apresentou uma pontuação de 15 em 30 no teste, representando CC. Houve outra situação em que uma pessoa do sexo masculino com AVC isquêmico em fase subaguda se apresentava desorientado no tempo, embora orientado no espaço e na pessoa e apresentou uma pontuação no teste MoCa igual à pessoa referida anteriormente. Estas situações alertaram a equipa nesse sentido, mas o desafio em aplicá-lo a todas as pessoas na prática diária mantêm-se pelas restrições já explanadas.

Da avaliação inicial, constou ainda a avaliação do risco de alteração da funcionalidade da pessoa com diagnóstico de AVC para realizar as suas AVD's, de forma mais independente possível e a avaliação do impacto que essa alteração tem na sua qualidade de vida e bem-estar, assim como os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e/ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), de forma a obter uma avaliação global, necessária à elaboração de um plano de cuidados individualizado.

Os desafios neste âmbito, prenderam-se com a constatação de um elevado número de pessoas com alterações do estado de consciência, com afasias motoras, sensitivas e globais após o AVC, o que por vezes dificultou a comunicação, não permitiu uma avaliação inicial completa, a aplicação de alguns instrumentos de avaliação e comprometeu o programa de reabilitação estruturado.

Este objetivo foi atingido com alguma insegurança no início do Estágio devido à falta de prática na aplicação do teste MoCA, mas foi ultrapassada com o decorrer do tempo e com a frequência da sua aplicação. Desta forma, a competência *DI - Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade* do domínio das aprendizagens profissionais do EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) e a unidade *J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade* do EE-ER (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) foram adquiridas.

***Prestar cuidados de ER individualizados e especializados à pessoa acometida por um AVC, de acordo com as suas necessidades reais e potenciais, que permitam compensar ou recuperar os défices identificados.***

***Desenvolver autonomia na prestação de cuidados de reabilitação especializados à pessoa com défices/alterações do foro neurológico.***

Após a avaliação inicial completa, o EEER identifica as necessidades de intervenção, define e hierarquiza as prioridades, de acordo com projeto de saúde da pessoa, de forma a otimizar e/ou reeducar as suas funções alteradas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). É então definido um programa de reabilitação global e individualizado, na tentativa de melhorar os défices, (re)aprender o autocuidado e promover a independência, apesar dos défices cognitivos instalados (Gatens & Musto, 2011), de acordo com os recursos disponíveis.

As alterações cognitivas são um verdadeiro desafio para o EEER, mas sem uma reeducação cognitiva persistente e adequada, a pessoa não consegue uma maior independência funcional, mesmo que não apresente quaisquer limitações motoras (Varanda & Rodrigues, 2017b). Desta forma, foram concebidos, implementados e monitorizados os planos de cuidados de ER diferenciados e personalizados à pessoa com AVC (durante o internamento, no planeamento da alta e na continuidade de cuidados) facilitadores da transição saúde/doença e/ou incapacidade, assim como o estabelecimento de objetivos e resultados esperados, de forma a avaliar as intervenções propostas e executadas. O maior desafio foi a ausência de uma sala propícia a um ambiente calmo, sem ruídos, pois a interação acontecia numa enfermaria onde entravam frequentemente outros profissionais de saúde e visitas, o que criava fácil distração, escassa concentração e pouca colaboração por parte da pessoa.

No sentido de prevenir novos eventos, foram realizadas sessões de informação breves e individuais, de forma a capacitar e instruir a pessoa/família/cuidador para identificar e prevenir fatores de risco cardiovasculares modificáveis e adquirir um papel ativo na gestão da sua doença.

Os desafios encontrados prenderam-se com a inexperiência no estabelecimento de um plano de cuidados em RC, assim como a execução do plano previamente estabelecido, sendo muitas vezes necessária a sua reformulação, atendendo à particularidade das várias situações, tais como: tendência de encurtar o tempo de internamento muitas

vezes associado à necessidade de gerir vagas na instituição; elevada suscetibilidade para contrair infeções intra hospitalares; necessidade constante de reorganização dos serviços face a surtos de *Klebsiella Pneumoniae* produtoras de carbapenemases e de síndrome respiratória aguda grave causada pelo *coronavírus 2*.

Os procedimentos e técnicas adquiridas em contexto teórico e teórico-prático foram executados com rigor e segurança, atendendo às necessidades da pessoa, aos princípios de ergonomia e à prevenção de quedas e acidentes, mas a adaptação ao contexto domiciliar nem sempre se aplicou, porque a maior parte das pessoas são referenciadas para a RNCCI para continuar o plano de reabilitação e não faz sentido realizar ensinamentos de acordo com a sua realidade nesta fase pela possibilidade de reversão de alguns défices. Cabe ainda realçar a articulação do serviço e nomeadamente do papel da EEER na referência da pessoa para a RNCCI com equipa de gestão de altas, especialmente na avaliação e escolha da tipologia, tendo em conta o potencial de recuperação da pessoa com AVC.

Ao longo do processo, foi avaliada e registada de forma contínua a evolução da pessoa de acordo com os resultados esperados, verificando-se a eficácia dos cuidados prestados e realizando-se os ajustes e as reformulações do plano, sempre que necessário. A continuidade dos cuidados foi visível através da atualização dos registos, da alteração da parametrização dos diagnósticos de enfermagem aquando da evolução da pessoa e através da comunicação dos resultados obtidos, face às intervenções realizadas, ao enfermeiro responsável pela pessoa. Os registos relativos ao processo de ER e necessários à continuidade de cuidados foram documentados com base na linguagem internacional aplicada aos cuidados de enfermagem - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), no programa SClínico®, em vigor no serviço.

De forma a capacitar a pessoa com AVC que apresente limitação da atividade ou deficiência adquirida nesse contexto, elaboraram-se programas de ensino, instrução e treino das AVD's adaptados às suas limitações, com auxílio de materiais de apoio/ajudas técnicas/dispositivos de compensação adequados existentes no serviço ou adquiridos pelos familiares após prescrição, de forma a reeducar a funcionalidade, maximizar as capacidades funcionais e melhorar a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Perante o exposto, as unidades de competência *J1.2 - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, J1.3 -*

*Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade e a J1.4 - Avalia os resultados das intervenções implementadas constantes no Regulamento nº 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019b) foram adquiridas com sucesso.*

**Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

**Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

Para analisar o percurso de forma a adquirir as competências acima descritas, foi operacionalizado o seguinte objetivo:

*Promover a autonomia e/ou capacitar o prestador de cuidados para a realização dos autocuidados à pessoa com défices/alterações neurológicas decorrentes de um AVC.*

De forma a capacitar a pessoa com défices resultantes de um AVC e maximizar a sua funcionalidade, o EEER identifica as necessidades reais e potenciais de intervenção da pessoa e concebe, implementa e avalia programas especializados, em linha com os objetivos e projeto de vida da pessoa. Com base no referencial que orientou a prática, o referencial de Alaf Meleis, as ações são intencionalmente direcionadas para a facilitação das transições (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

No contexto de internamento no serviço de Neurologia, as pessoas experienciam maioritariamente transições de saúde-doença, nomeadamente pós AVC, assunto de relevo para o presente estudo. Segundo este referencial teórico (Meleis, 2010), os enfermeiros tendem a ser os primeiros cuidadores da pessoa, apoiando e facilitando o processo de transição. Nesse sentido, durante o estágio, houve a preocupação de informar e analisar com a pessoa as mudanças que estava e/ou viria a vivenciar, no sentido de potenciar a sua recuperação e o restabelecimento da autonomia, esclarecer dúvidas, diminuir medos e desmistificar crenças. Desmistificar crenças foi a tarefa mais desgastante, visto que as pessoas se prendem muitas vezes com situações de conhecidos que experi-

enciaram situações semelhantes e apresentam dificuldades não ultrapassadas no dia-a-dia. Foi necessário um investimento maior de tempo e energia nas situações em que os resultados não correspondiam às expectativas da pessoa ou não eram atingidos tão rápido quanto desejado.

Cabe ao EEER consciencializar a pessoa da importância da realização dos autocuidados e treino das AVD's para o seu bem-estar, saúde, autonomia e melhoria da qualidade de vida. Desta forma, a sua intervenção passa por ensinar, instruir e treinar técnicas que maximizem o seu desempenho, de acordo com as capacidades remanescentes ou capacitar o cuidador para realizar essas mesmas técnicas, adaptadas às limitações verificadas facilitando, de modo a facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades (Meleis, 2010). O treino do autocuidado foi tido como uma das prioridades, visto que as pessoas que apresentam simultaneamente défices cognitivos e motores têm menor capacidade para o realizar *per si*. Assim, foram implementados treinos no transferir-se; tomar banho com e sem estratégias ou produtos de apoio; vestir-se/despir-se usando técnicas adaptativas de acordo com o grau de défice motor do(s) membro(s) afetado(s); usar o sanitário e arrancar-se, para que a pessoa fosse capaz de realizar “o máximo de atividades inerentes ao autocuidado de forma independente” (Araújo et al., 2021, p. 231).

Como se pretende a melhoria da autonomia da pessoa com défice cognitivo, seguiu-se a orientação de Teasell e Hussein (2018, p. 14), realizando as técnicas de forma repetitiva pois “a prática repetitiva de uma tarefa conhecida leva a uma expansão da representação cortical”, que pode culminar com uma melhoria da funcionalidade.

Foi ainda possível analisar com a pessoa/família/equipa interdisciplinar os equipamentos necessários, adequando as ajudas técnicas e dispositivos de compensação às necessidades da pessoa e/ou prestador de cuidados. Como já referido, o envolvimento nos cuidados e o ensino/treino ao cuidador foi por vezes secundarizado pela rápida inserção na RNCCI ou pela previsão de melhoria dos défices neurológicos da pessoa que, segundo Bernhardt et al. (2017), acontece nas primeiras semanas a meses após a ocorrência do evento. No entanto, quando pertinente e possível, foi realizada a identificação de barreiras arquitetónicas para a possibilidade da sua eliminação/diminuição no contexto domiciliário e laboral (quando aplicável) da pessoa, de forma a promover um ambiente seguro, prevenir quedas e acidentes e diminuir os fatores de risco ambientais relacionados com alteração da funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Atendendo ao descrito, considera-se que as unidades de competência: *J2.1 - Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida* e *J2.2 - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social*, apesar de foram alcançadas com sucesso. De forma a cumprir o estabelecido nas unidades de competência *J3.1 - Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório* e *J3.2 - Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados*, foram mobilizados saberes teóricos e teórico práticos e sustentada na prática baseada na evidência recente através de revisão da literatura. No entanto, foram também implementados planos de intervenção cognitiva, de forma a completar um plano de reabilitação individualizado e global.

### 2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Tratando-se da frequência de um Mestrado, fez sentido elaborar objetivos que possibilitassem a aquisição de competências para a obtenção do grau referido. Foram elencados dois objetivos, que são analisados e descritos de seguida.

***Elaborar uma proposta de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com comprometimento cognitivo pós-AVC.***

Para cumprir o ditado pelo Decreto-Lei nº 107/2008 para a atribuição do grau de Mestre numa especialidade, os mestrandos devem desenvolver atividades de formação e de investigação. Neste sentido e de forma a aplicar os conhecimentos, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas relacionados com a área de estudo escolhida (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008), foram identificadas as necessidades do serviço onde se realizou o estágio, nomeadamente na avaliação da função cognitiva que se realizava esporádica e exclusivamente com recurso ao teste MMSE, que se veio a verificar como sendo pouco sensível em pessoas com CC pós-AVC, fato corroborado por van Heugten e Wilson (2021) e pela ausência de um programa de ER direcionado às alterações cognitivas da pessoa com AVC. Tendo em conta esta problemática, realizou-se uma formação em serviço, com o objetivo de divulgar e de capacitar os EEER do serviço na aplicação e interpretação do teste MoCa, que culminou com discussão positiva e troca de experiências e conhecimentos nesse âmbito.

Posteriormente, elaborou-se uma proposta de intervenção do EEER à pessoa com CC pós AVC, suportada numa RIL, redigida na segunda parte deste documento.

***Analisar o processo de aprendizagem realizado, através de uma análise crítico-reflexiva, em capítulo do Relatório Final.***

Aquando da prática clínica especializada, a mobilização dos conhecimentos adquiridos sobre as técnicas de reabilitação funcional, motora, respiratória e em particular na vertente cognitiva instituídas à pessoa com AVC com CC, sustentados numa PBE, visam uma compreensão e aplicação de conhecimento preconizados para a conclusão do Mestrado.

De forma a consolidar a aprendizagem através da prática crítico-reflexiva, foi elaborado o presente Relatório de estágio, sustentado numa revisão de literatura, que pretende ser objeto de apreciação e discussão pública por um júri nomeado, segundo o preconizado no Decreto-Lei nº 107/2008 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008).

De acordo com o relatado, as competências de Mestre foram atingidas com sucesso aquando da redação da RIL e no decorrer do estágio, onde foram integrados os conhecimentos apreendidos durante a componente teórica e teórico-prática ao longo do curso de Mestrado e consolidados na implementação de estratégias de intervenção profissional na componente prática e na reflexão crítica das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

## PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Para atingir o rigor e a cientificidade da profissão, a PBE torna-se a ferramenta que conduz à excelência do cuidado à pessoa.

Esta parte do Relatório compreende: o *enquadramento teórico*, em que se pretende, através de uma revisão da literatura, justificar a pertinência do tema e contextualizar a problemática em estudo e a *componente de investigação*, composta por uma RIL, que sustenta a proposta de intervenção para a práxis clínica na RC à pessoa com AVC.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo faz-se uma abordagem teórica à problemática do AVC, às alterações neurológicas, com relevo nas do foro cognitivo resultantes desse evento e do papel do EEER na abordagem à pessoa nesse contexto.

### 1.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Classificação Internacional de Doenças (CID - 11) classifica o AVC como doença cerebrovascular, ou seja, como uma disfunção cerebral relacionada com uma doença dos vasos sanguíneos que abastecem o cérebro (World Health Organization [WHO], 2021). É definido como um episódio de disfunção neurológica aguda, de início súbito, que persiste por um período superior a 24 horas ou até à morte e classificado com base no diagnóstico clínico, diagnóstico radiológico, biomarcadores séricos e patologia clínica (Sacco et al., 2013). Segundo Menoita (2012, p. 9), caracteriza-se “por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, com sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral”. Assim, o aporte de oxigénio e nutrientes para o cérebro pode ser interrompido, culminando em morte tecidular, devido a obstrução de uma artéria com a formação de um trombo local ou por deslocação de um êmbolo, resultando num AVC isquémico ou no rompimento de uma artéria, resultando num AVC hemorrágico intracerebral ou subaracnoideio (American Stroke Association [ASA], s.d.; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2016).

O fator de risco é uma característica/comportamento que ocorre com maior frequência naqueles que têm ou correm maior risco de desenvolver uma patologia do que naqueles que não têm (National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS], 2022). O AVC é uma doença multifatorial que resulta de uma combinação de vários fatores de risco intrínsecos (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia do ventrículo esquerdo, estenose carotídea, elevação de fibrinogénio, anticorpos antifosfolípido, placas ulceradas na aorta, níveis elevados de lípidos, eritrocitose, apneia de sono, idade e etnia) e extrínsecos (tabaco, obesidade, sedentarismo, consumo de drogas e de bebidas alcoólicas) (Menoita, 2012). De acordo com a mesma autora, o NINDS, subdividiu os fatores de risco em confirmados e possíveis, de acordo

com as características pessoais e estilos de vida, patologias ou marcadores patológicos e as lesões estruturais assintomáticas, tal como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1**

*Fatores de Risco do AVC*

<b>Confirmados</b>	<b>Possíveis</b>
<i>Características e estilos de vida</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Sexo</li> <li>- Raça</li> <li>- Hereditariedade</li> <li>- Tabagismo</li> <li>- Alcoolismo</li> <li>- Abuso de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de personalidade</li> <li>- Localização geográfica</li> <li>- Estação do ano</li> <li>- Clima</li> <li>- Fatores económicos</li> <li>- Mortalidade materna precoce</li> <li>- Uso de contraceptivos orais</li> <li>- Dieta rica em gordura animal</li> <li>- Obesidade</li> <li>- Hiperlipidémia</li> </ul>
<i>Patologias ou marcadores patológicos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão arterial</li> <li>- Doença cardíaca</li> <li>- Acidente isquémico transitório (AIT)</li> <li>- Hematócrito elevado</li> <li>- Diabetes mellitus</li> <li>- Elevada concentração de fibrinogénio</li> <li>- Enxaqueca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperuricémia</li> <li>- Hipotiroidismo</li> </ul>
<i>Lesões estruturais assintomáticas</i>	
<p>Detetadas por exame físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruído carotídeo</li> <li>- Embolia retiniana</li> <li>- Diferença da pressão arterial entre os dois braços</li> <li>- Diminuição da pressão na oculople-tismografia.</li> </ul>	<p>Detetadas por imagiologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AVC isquémicos silenciosos ou hemorrá-gicos detetados por tomografia axial com-putorizada ou ressonância magnética</li> <li>- Malformações arteriovenosas</li> <li>- Aneurismas</li> <li>- Hamartoma</li> <li>- Aterosclerose com estenose arterial</li> <li>- Displasia fibromuscular.</li> </ul>

Fonte: Menoita (2012, p. 10)

O NINDS (2022) diferencia ainda os fatores de risco modificáveis dos fatores de risco que não podem ser modificados após tratamento médico ou alteração do estilo de vida, tal como esquematizado no quadro 2.

## Quadro 2

*Fatores de risco modificáveis e não modificáveis*

Modificáveis	Não Modificáveis
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão arterial</li> <li>- Tabagismo</li> <li>- Doença cardíaca</li> <li>- Sinais de alerta ou antecedentes de AIT ou AVC</li> <li>- Diabetes</li> <li>- Hipercolesterolemia</li> <li>- Inatividade Física</li> <li>- Obesidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Género</li> <li>- Etnia</li> <li>- História familiar de AVC</li> </ul>

*Fonte: NINDS (2022)*

O risco de ter um AVC aumenta à medida que o número e a gravidade dos fatores de risco aumentam (NINDS, 2022). Deste modo, a intervenção das equipas de saúde interdisciplinares sobre os fatores de risco possíveis de modificar, controlar ou tratar e a promoção de estilos de vida saudáveis são as formas mais eficazes de prevenir o AVC e reduzir a mortalidade cerebrovascular (Menoita, 2012).

### 1.2. EPIDEMIOLOGIA DO AVC

O AVC atinge 2% a 3% da população e cresce anualmente com o aumento do envelhecimento global (Yang et. al, 2021), sendo uma das principais causas de morte e incapacidade em adultos (Norrving et al., 2018; Wafa et. al, 2020; Sacco et al., 2013; Platz & Owolabi, 2021) e de anos de vida perdidos por incapacidade em todo o mundo (O'Donoghue et al., 2022). Na União Europeia, durante o ano de 2017, 1,12 milhão de pessoas foram acometidas por um AVC, das quais resultaram 0,46 milhão de mortes e 7,06 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade (Wafa et al., 2020).

Em Portugal, no estudo de Sousa-Uva e Dias (2014), sobre a prevalência do AVC em 2013, o Norte do país foi considerada a região com menor número de casos de AVC. Estimou-se ainda uma prevalência mais elevada em homens com idades compre-

endidas entre os 65 e os 74 anos e idade e com uma taxa 50% superior em relação à encontrada na população feminina. Relativamente à tipologia, a DGS indica que, durante o ano de 2019, houve registo de 23953 de AVC isquémicos, num total de 28789 ocorrências (Direção Geral da Saúde, s.d.). A taxa de mortalidade aos 28-30 dias tem vindo a diminuir (em 1999-2000 era de 16,1% e em 2009-2011 baixou para os 9,8%), refletindo a melhoria no controlo dos fatores de risco, o aparecimento de novas técnicas terapêuticas na fase aguda do AVC e a eficácia da Via Verde do AVC intra e extra-hospitalar (SPAVC, 2016). Apesar das boas notícias, durante o ano de 2019, o AVC foi a segunda maior causa de mortalidade, traduzindo-se em 120,94 mortes por 100.000 habitantes (WHO, 2020) e, em 2020, ascendeu ao primeiro lugar como a doença que causou o maior número de óbitos (11439), representando 9,2% da mortalidade do país (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

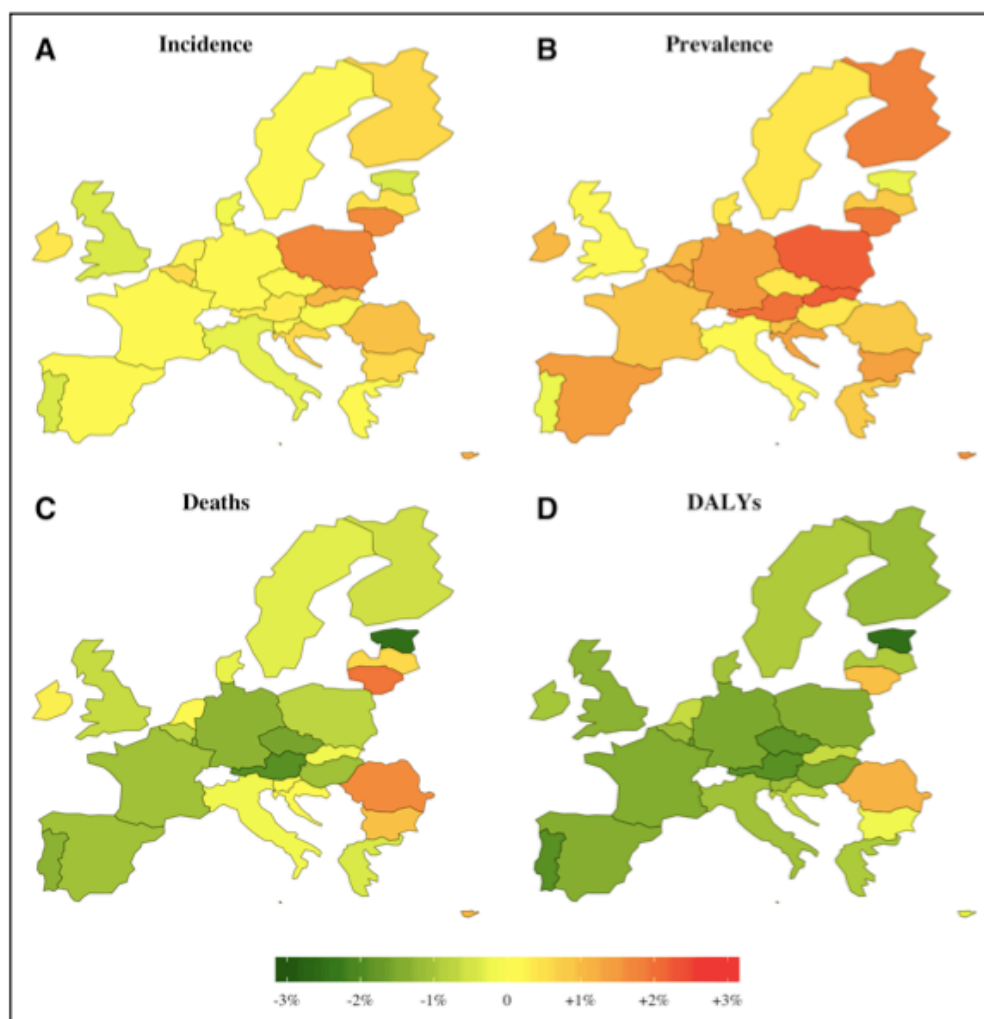
Segundo a WHO (2020), em 2019, as estimativas nacionais de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade por AVC em Portugal rondou os 1.737,69 por 100 mil habitantes. De acordo com os dados da SPAVC (2016), ao fim de um ano, 41% dos sobreviventes de AVC estão dependentes e passados sete anos, daqueles que sobreviveram aos três meses, 20% são autónomos, 16% têm incapacidade ligeira a moderada e os restantes apresentam incapacidade importante.

As projeções mostram que, na Europa, a carga de doenças e incapacidades relacionadas com o AVC não diminuirá na próxima década, pois um dos fatores importantes que contribui para sua incidência é o aumento no número de idosos, que se prevê que seja de 35% entre 2017 e 2050 (Norrving et al., 2018).

Prevê-se que a maioria dos países continue com tendência de aumento das taxas brutas de incidência e prevalência e que, até 2047, é estimado um aumento de 40.000 pessoas com AVC (+ 3%), embora se preveja uma redução de 80.000 número de mortes (- 17%) e de 2,31 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade (- 33%). Em Portugal, ao contrário da maioria dos países europeus, estima-se uma maior redução na incidência (- 1,57%) e prevalência (- 1,3%) da doença devido, em parte, a uma das maiores reduções nas taxas de tabagismo entre 1990 e 2014 da Europa (figura 1) (Wafa et al, 2020).

**Figura 1**

*Mudança percentual média anual projetada nas taxas brutas de incidência, prevalência, morte e anos de vida perdidos por incapacidade durante 2018 a 2047.*



Fonte: Wafa et. al (2020, p. 2423)

### 1.3. DÉFICES NEUROLÓGICOS DECORRENTES DO AVC

Se para alguns dos sobreviventes de AVC, a recuperação espontânea dos défices pode ocorrer sem intervenção ou tratamento (Bernhardt et al., 2017), para outros podem ocorrer diferentes manifestações neurológicas, que dependem de vários fatores, tais como a localização, o tipo e extensão da lesão, a presença de circulação colateral, a rapidez do começo e o intervalo de tempo entre o início dos primeiros sintomas e a implementação da terapêutica na fase aguda (Gatens & Musto, 2011; SPAVC, 2016). Estas manifestações, reversíveis ou permanentes, podem trazer consequências físicas, neuropsicológicas (comportamentais e emocionais), sensitivas, sociais e cognitivas (Gatens &

Musto, 2011; Norrving et al., 2018; van Heugten & Wilson, 2021), traduzidas em sequelas ligeiras, insuficientes para perturbar as atividades de vida da pessoa ou podem conduzir a um estado de inconsciência, limitações incapacitantes ou dependência total.

Como o AVC isquêmico se distribui por territórios arteriais e o AVC hemorrágico ocorre em locais de maior fragilidade vascular (Menoita, 2012), os quadros clínicos e défices neurológicos são por si só distintos (Anexo III e Anexo IV, respetivamente). As complicações mais comuns pós-AVC que interferem na qualidade de vida e na integração social das pessoas, segundo a SPAVC (2016), são a afasia, disfagia, hemiparesia, ataxia, epilepsia, incontinência urinária e fecal, alterações da sensibilidade e alterações cognitivas.

Segundo Teasell et al. (2020a), existe uma visão redutora quando se afirma que o quadro clínico e as manifestações neurológicas decorrentes do AVC dependem de que centros especializados dos hemisférios ou tronco cerebral foram danificados, pois o cérebro funciona de forma integrada. Assim, quando o dano ocorre numa determinada área, todo o cérebro sofre com a perda de informações da parte lesada.

### **1.3.1. Comprometimento Cognitivo**

O território arterial afetado determina as manifestações neurológicas, mas, “independentemente da localização ou tipo de AVC, muitas pessoas sofrem algum tipo de compromisso cognitivo” (Gatens & Musto, 2011, p. 560). O CC pós-AVC define-se como uma síndrome que engloba vários défices cognitivos que se pode refletir de várias formas, desde um compromisso leve até um estado mais grave, o de demência vascular (Teasell et al., 2020b), cuja causa é atribuída à isquemia e hipóxia de nervos e tecido cerebral (Siriam et al., 2017, citado por Xuefang, Guihua & Fengru, 2021).

Segundo O’Donoghue et al. (2022), entre 20% a 80% das pessoas apresentam défices cognitivos e mais de 50% das que recuperam fisicamente, continuam a apresentar CC a longo prazo (22% aos cinco anos e 21% aos 14 anos após o evento), o que prediz uma menor qualidade de vida, agravamento da incapacidade para a realização das AVD’s e atividades instrumentais da vida diária, maiores taxas de mortalidade e institucionalização, aumento da sobrecarga do cuidador, aumento dos custos de saúde e sofrimento pessoal (Abzhandadze et al., 2018; Teasell et al., 2020b; O’Donoghue et al., 2022; Jiang et al., 2022).

Segundo Teasell et al. (2020b), a cognição inclui vários domínios:

- Atenção, que é definida como focar, mudar, dividir ou manter a atenção num estímulo ou tarefa em particular. É a função cognitiva que afeta todos os outros domínios cognitivos pois é necessária para captar informações importantes e ignorar as que não o são;
- Memória (episódica ou semântica), refere-se à capacidade da pessoa para recordar e reconhecer informações visuais e verbais;
- Função executiva, que engloba o planeamento, o pensamento abstrato, a organização de pensamentos, a velocidade de processamento, a inibição e a gestão de conflitos;
- Perceção e práxis, refere-se à habilidade visuo-espacial, que envolve a aptidão de uma pessoa para visualizar ou varrer informações, para desenhar ou recriar imagens visuais e manipular mentalmente objetos bi e tridimensionais;
- Linguagem, reporta-se à capacidade da pessoa para se expressar e ser recetivo a si mesmo.

## Atenção

A atenção é a função cognitiva que influencia a capacidade de uma pessoa funcionar de forma independente (Varanda & Rodrigues, 2017a). Os défices de atenção são as deficiências cognitivas mais comuns pós AVC, em que a sua prevalência varia entre os 46% e 92% na fase aguda e entre 24% e 51% aquando da alta hospitalar (Loetscher et al., 2019). A atenção comporta diferentes domínios, tal como descrito no quadro 3.

### Quadro 3

*Domínios da atenção*

<b>Domínio da atenção</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo funcional</b>
Prontidão/excitação	Capacidade e prontidão para responder	Resposta a sinais de alerta
Atenção seletiva	Capacidade de se concentrar em estímulos específicos, ignorando os irrelevantes	Ler enquanto outras pessoas conversam

### Quadro 3

*Domínios da atenção (continuação)*

<b>Domínio da atenção</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo funcional</b>
Atenção sustentada (vigilância)	Capacidade de manter a atenção por um período prolongado	Conduzir longas distâncias
Atenção espacial	Capacidade de detectar e direcionar a atenção para todos os lados do espaço	Atender pessoas sentadas à esquerda e à direita da mesa
Atenção dividida	Capacidade de multitarefa e de dividir a atenção entre duas ou mais tarefas	Falar ao telefone enquanto cozinha

*Fonte: A Própria, adaptado de: Loetscher et al. (2019, p. 6)*

Segundo Loetscher et al. (2019), os défices de atenção podem manifestar-se de diversas formas: dificuldades em concentrar-se, maior ocorrência de erros, dificuldades em realizar mais do que uma tarefa ao mesmo tempo, lentificação e fadiga mental, além de afetar outros domínios cognitivos, tais como a linguagem e a memória.

### **Memória**

A memória compreende vários domínios (memória visual, memória auditiva, memória de trabalho, memória episódica, memória semântica, memória de trabalho, memória processual) (Teasell et al., 2020b) e uma das maiores preocupações das pessoas e dos seus cuidadores prende-se com os défices deste domínio resultantes do AVC (das Nair, 2016; Quinn et al., 2021). Traduzido em números, 23% e 55% das pessoas apresentam comprometimento da memória aos três meses e entre 11% e 31% um ano pós AVC, com efeito negativo na sua independência funcional (das Nair et al., 2016).

### **Função Executiva**

A função executiva integra os mecanismos cerebrais importantes para o planeamento, velocidade de processamento, iniciação, organização pessoal, resolução de problemas e para a gestão/correção de erros (Chung et al., 2013; Teasell et al., 2020b). Se-

gundo Chung et al. (2013), estima-se que cerca de 75% das pessoas acometidas por um AVC apresentem disfunção executiva.

As funções executivas afetadas podem resultar em dificuldade ou incapacidade para formular objetivos, iniciar e completar tarefas, prever as consequências das ações, planejar e organizar o comportamento de acordo com sequências espaciais, temporais, tópicas ou lógicas e adequar o comportamento às tarefas e contextos previstos (Cicerone et al., 2000 citado por Teasell et al., 2020b), o que pode comprometer a segurança e a vida social da pessoa (Varanda & Rodrigues, 2017b).

### **Percepção e Práxis**

A percepção integra a capacidade de organização, interpretação e processamento de estímulos visuais, táteis e cinestésicos e a resposta adequada a esses mesmos estímulos (Teasell et al., 2020b). Após a ocorrência de um AVC, cerca de 30-50% das pessoas com lesão do hemisfério direito e 10% das pessoas com lesão do hemisfério esquerdo sofrem de negligência espacial (Kerkhoff, Rode & Clarke, 2021).

Os défices mais frequentes neste domínio incluem negligência espacial unilateral, apraxia, agnosia, anosognosia, prosopagnosia, dificuldades na adaptação claro-escuro e na percepção de movimento (Teasell et al, 2020b; Kerkhoff, Rode & Clarke, 2021).

### **Linguagem**

Os défices da linguagem/comunicação englobam a compreensão e expressão oral, gestual, escrita e de leitura (Palmer & Pauranik, 2021), sendo a afasia, a disartria e a apraxia da fala os défices que mais afetam a pessoa com AVC (Palmer & Pauranik, 2021; Winstein et al., 2016). No quadro 4 estão descritas as principais deficiências da linguagem pós-AVC.

#### Quadro 4

##### *Défices da linguagem e sua descrição*

<b>Défice</b>	<b>Descrição</b>
Afasia de Broca	Perda de capacidade em expressar pensamentos verbalmente e discurso limitado a monossílabos.
Afasia de Wernicke	Perda de capacidade parcial ou total para compreender as palavras na forma oral ou escrita.
Disartria	Distúrbio motor da fala resultante de alterações do movimento dos músculos necessários à produção do discurso oral.
Apraxia	Distúrbio motor da fala resultante da diminuição da capacidade em produzir os sons certos na altura certa, que se traduz em várias tentativas diferentes em articular palavras com precisão.

*Fonte: A própria. Adaptado de Varanda e Rodrigues, 2017b; Palmer e Pauranik (2021)*

Enquanto que a apraxia não é muito comum, a afasia ronda os 30% e a disartria os 42% (Flores, 2013, citado por Palmer & Pauranik, 2021). Os défices da linguagem/comunicação podem afetar várias áreas da vida da pessoa, tais como: atividades do dia-a-dia (conversar; telefonar; ouvir rádio; escrever cartas, e-mails e mensagens de texto e ler, por exemplo); o uso da língua gestual na comunidade surda; a restrição da participação social (retomar o emprego; perda de papéis dentro da família e da comunidade e abstinência na participação de atividades habituais tanto fora como dentro da família); situações que podem causar alterações ao nível do bem-estar tanto da pessoa como dos familiares/cuidadores; frustração; mal-entendidos; colapso/tensão nos relacionamentos e um acréscimo de despesa para a sociedade (Palmer & Pauranik, 2021).

Xuefang, Guihua e Fengru (2021) afirmam que 83% das pessoas com AVC apresentam um domínio afetado, enquanto que 50% apresentam CC em vários domínios. As alterações cognitivas podem ser gerais ou afetar um domínio específico (SPAVC, 2016), sendo a memória, a atenção, as funções executivas, a perceção e a linguagem os domínios mais afetados (van Heugten & Wilson, 2021; Teasell et al., 2020b), dependendo da localização em que ocorre o evento (Quadro 5).

## Quadro 5

*Distribuição dos défices cognitivos consoante a localização do AVC*

<b>Localização</b>	<b>Défices Cognitivos</b>
Hemisfério direito	- Pequenos problemas de comunicação - Apraxia de construção - Asterognose - Défices percetivos visuo-espaciais, incluindo negligência à esquerda
Hemisfério esquerdo	- Distúrbios da linguagem (afasia e alexia) - Apraxias
Hipocampo e lobos temporais médios	- Perda de memória
Tronco cerebral	- Alterações do estado de consciência - Perda de memória - Défices de atenção

*Fonte: A própria, adaptado de: Teasell et al. (2020a); Varanda e Rodrigues (2017b)*

Segundo Quinn et al. (2021), não existem instrumentos que permitam prever CC pós-AVC, embora afirmem, tal como Xuefang, Guihua e Fengru (2021), que existem fatores de risco propícios para o desenvolvimento de disfunção cognitiva pós AVC, tais como:

- Idade: o CC aumenta em proporção direta com o aumento da idade, verificando-se a sua presença numa proporção de 2,5 vezes superior em pessoas com mais de 70 anos;
- Antecedentes pessoais: diabetes, hipertensão e doença coronária;
- Doença atual: a hiperlipidemia associada à ocorrência de AVC torna-se um dos fatores de risco do CC;
- Hábitos de vida: tabagismo e etilismo.

Visto que as funções cognitivas desempenham um papel importante no planeamento do ambiente de reabilitação e na alta (Abzhandadze et al., 2018), a abordagem do CC é relevante para o EEER, pois os défices encontrados nos diferentes domínios podem comprometer a reabilitação de outros domínios que não os cognitivos e afetar o prognóstico e o processo de recuperação da pessoa (Xuefang, Guihua & Fengru, 2021).

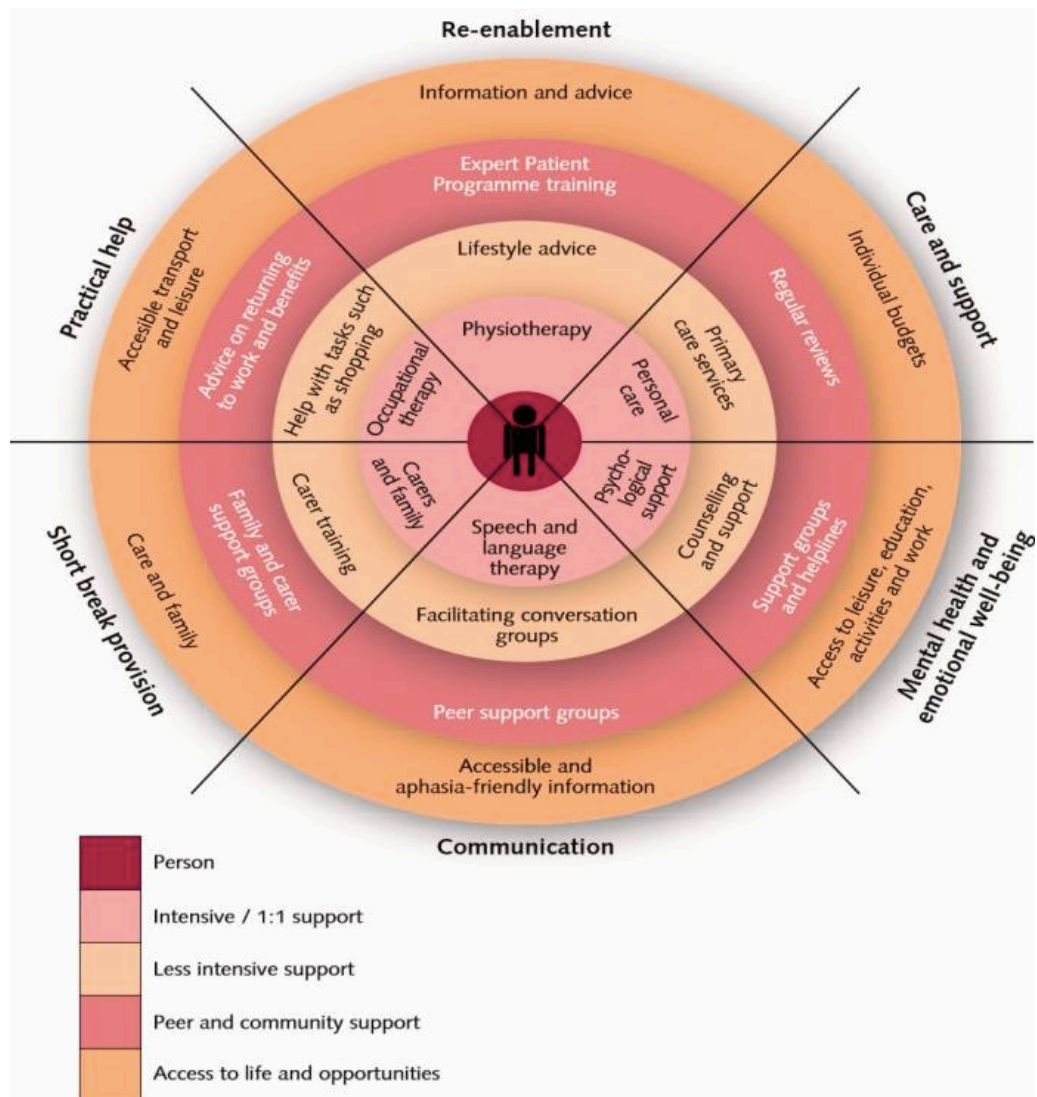
#### 1.4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM AVC

Segundo Platz e Owolabi (2021), o AVC causa alterações na estrutura e nas funções corporais e causam limitações da atividade, que se traduzem em restrições da participação social. A intervenção do EEER inicia antes da ocorrência do AVC, em contexto de prevenção primária, com a identificação de pessoas com fatores de risco e com a realização de ensinamentos no sentido mudança de hábitos de vida (Leonardi & Fheodoroff, 2021). De acordo com os autores referidos, quando a situação ocorre, a sua intervenção passa pelo tratamento e recuperação/reabilitação da pessoa e pela prevenção secundária, ou seja, no sentido de prevenir novos eventos.

As necessidades das pessoas com AVC compreendem cuidados vitalícios, incluindo meios complementares de diagnóstico, terapias, medicação, equipamentos de apoio, apoio social e familiar, estratégias de autogestão e reabilitação (Norrving et al., 2018), num modelo integrado com vários intervenientes, conforme esquematizado na figura 2.

**Figura 2**

*Suporte necessário após o AVC*



Fonte: Norrving et al. (2018, p. 325)

Após o tratamento agudo do AVC, na ausência de risco cardiovascular e assegurada a estabilidade clínica e neurológica da pessoa, deve iniciar-se o processo de reabilitação (DGS, 2011b; SPAVC, 2016) por uma equipa de saúde interdisciplinar (World Health Organisation, 2010 citado por Bernhardt et al., 2017; Winstein et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Leonardi & Fheodoroff, 2021), onde se inclui o EEER, num envolvimento coordenado com a pessoa e os seus objetivos, a família, os amigos e outros cuidadores (Winstein et al., 2016).

A reabilitação “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a

maximizar o seu potencial funcional e independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p. 13565). Pretende-se um plano terapêutico de reabilitação assente numa abordagem contínua e individualizada, com intensidade e duração alinhada com as necessidades e a tolerância da pessoa (DGS, 2011b), na qual o EEER tem um papel fundamental na reabilitação/capacitação da pessoa com AVC com limitações funcionais, para que esta vivencie uma transição saudável, permaneça ou retorne à sua casa e à comunidade, viva de forma adaptada à sua condição e participe da educação, do trabalho e da vida cívica (Norrving et al., 2018; Varanda & Rodrigues, 2017a).

Na prestação de cuidados de ER à pessoa, o EEER adota, como recurso metodológico, o processo de enfermagem (PE) que se encontra dividido em cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final (Alfaro-Lefevre, 2014 citado por Ribeiro, Faria & Ventura, 2021). A sua aplicação deve ter como base a segurança e a qualidade dos cuidados, sustentadas na melhor evidência científica (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021).

No âmbito das suas competências, o EEER, avalia a funcionalidade da pessoa e diagnostica alterações que determinam incapacidades e limitações da atividade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Na avaliação dos défices neurológicos, deve realizar um exame neurológico minucioso, entrevista estruturada, consultar o processo clínico e utilizar instrumentos de avaliação recomendados e validados para a população portuguesa, de forma a determinar a extensão ou gravidade dos défices instalados, que permitam uma avaliação e monitorização posterior da evolução subjacente ao plano de reabilitação instituído (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2017).

Após uma avaliação inicial completa, de preferência aquando da admissão (DGS, 2011b), formulam-se os diagnósticos de acordo com as necessidades e os problemas reais e potenciais da pessoa, divididos em três dimensões: funcionalidade (a nível motor, cognitivo, sensorial, sexual, cardíaco, respiratório, da eliminação e da alimentação); processos adaptativos, da transição saúde/doença e/ou incapacidade e fatores facilitadores e inibidores dos processos de transição (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Nesta altura estabelecem-se também os objetivos realistas estabelecidos em conjunto com a pessoa, tendo em conta a situação atual e prévia ao evento (Araújo et al., 2021; DGS, 2011b).

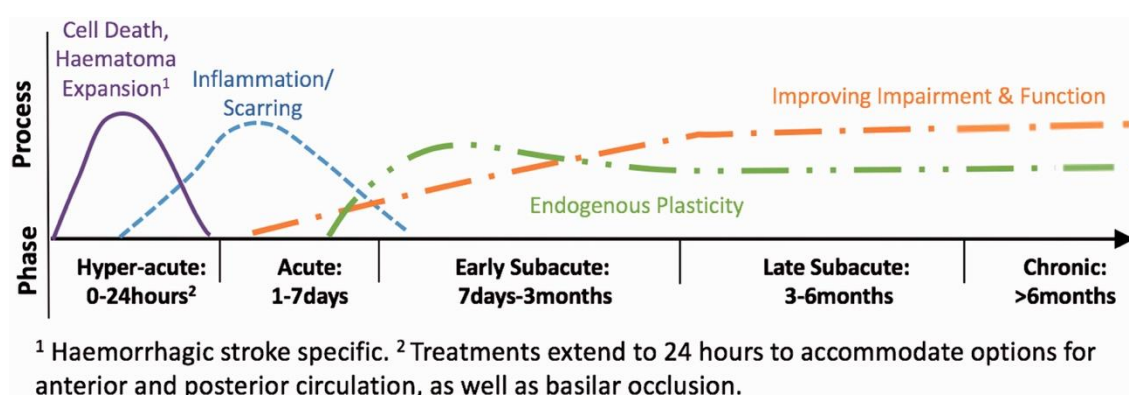
De acordo com os diagnósticos elaborados e os objetivos estabelecidos, o EEER estabelece um plano de cuidados com intervenções ao nível das três dimensões atrás

identificadas, que permitam melhorar os sintomas, promover a independência funcional e a participação social (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Bernhardt et al., 2017).

Para definir a linha temporal da implementação das intervenções potencializadoras da recuperação e reabilitação do AVC, recorreu-se à orientação da primeira Mesa Redonda de Recuperação e Reabilitação de AVC (Bernhardt et al., 2017), evidenciada na figura 3.

**Figura 3**

*Definição de pontos de tempo críticos que se vinculam à biologia da recuperação pós-AVC atualmente conhecida*



Fonte: Bernhardt et al. (2017, p. 446)

Segundo a linha temporal acima referida, são implementadas intervenções ou aplicados tratamentos, na medida em que, nas diferentes fases acontecem fenómenos biológicos distintos que condicionam a recuperação dos défices (Bernhardt et al., 2017), informação relevante para a intervenção do EEER.

Bernhardt et al. (2017) estabelecem quatro fases na recuperação do AVC:

- 1) **Fase hiperaguda**, correspondente às primeiras 24 horas após o evento;
- 2) **Fase aguda**, decorre na primeira semana. Segundo os autores, existem poucos estudos que incidem em intervenções restauradoras nesta fase;
- 3) **Fase subaguda**: inicial (entre o sétimo dia e o terceiro mês), período de maior plasticidade neural, essencial para a reabilitação, pelo que se recomenda intervenções com vista à recuperação e tardia (entre os três e os seis meses);

#### 4) **Fase crônica**, corresponde ao período superior a seis meses pós-AVC.

Os cuidados à pessoa na fase hiperaguda e aguda melhoraram consideravelmente nos últimos anos com a criação da Via Verde do AVC intra e extra-hospitalar e das unidades de AVC criados no país e no mundo, em linha com a fibrinólise e/ou tromboectomia mecânica aplicadas nas primeiras horas (SPAVC, 2016) e com a reabilitação da pessoa, assente numa abordagem interprofissional (Platz & Owolabi, 2021).

Na fase aguda do AVC, os cuidados de ER consistem maioritariamente na avaliação precoce de défices neurológicos e na prevenção de complicações mas, ao longo da evolução positiva da doença, devem ser estratificados e adaptados à sua nova condição de saúde (Menoita, 2012), de forma a reduzir os défices instalados, otimizar a funcionalidade e retornar à vida ativa (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2017; Platz & Owolabi, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019a; SPAVC, 2016). Platz e Owolabi (2021, p. 41) acrescentam que no processo de reabilitação da pessoa com AVC “é necessária uma visão holística da funcionalidade e incapacidade da pessoa, além das deficiências, para estabelecer um programa de tratamento individualizado e abrangente”.

Na fase inicial do AVC existe um período designado de recuperação biológica espontânea, altura de potencial elevado de plasticidade neural endógena, que perdura durante semanas/meses após a ocorrência do AVC. Nesta fase, a recuperação dos défices torna-se mais rápida e podem ocorrer melhorias mesmo nas áreas que não estão a ser treinadas, pelo que a intervenção precoce do EEER pode auxiliar a pessoa a reconstruir o circuito da função cerebral e a melhorar as sequelas do AVC (Xuefang, Guihua & Fengru, 2021).

As intervenções do EEER contemplam a otimização e/ou reeducação funcional ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), de acordo com os objetivos da pessoa, sendo necessária uma abordagem individualizada pela alteração dos défices ao longo do tempo, que pode ocorrer através da recuperação espontânea ou pelos efeitos dos tratamentos implementados (Platz & Owolabi, 2021). Assim, a avaliação das intervenções deve ser realizada de forma contínua, de acordo com as alterações observadas/medidas e os ganhos obtidos em funcionalidade, reeducação funcional, capacitação e autonomia, ajustando o plano proposto sempre que necessário (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021).

A alta do plano terapêutico de reabilitação estabelecido à pessoa com AVC acontece quando os objetivos realistas delineados são atingidos, a funcionalidade e a

independência atingem estados semelhantes aos encontrados previamente à ocorrência do AVC ou quando não existe “motivação, colaboração e capacidade cognitiva e não se prevê melhoria da situação clínica com terapêutica específica” (DGS, 2011b, p. 5).

#### **1.4.1. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Comprometimento Cognitivo pós-AVC**

O CC foi nomeado como uma prioridade na Mesa Redonda de Recuperação e Reabilitação de AVC (Bernhardt et al., 2019).

Após um AVC, algumas pessoas apresentam uma recuperação espontânea, resultante de mudanças estruturais e funcionais do cérebro (neuroplasticidade). No entanto, noutras pessoas, é necessária a ação do EEER, no sentido de restaurar as funções cognitivas ou compensar/adaptar a pessoa, com a implementação de intervenções que estimulem as mudanças comportamentais e cerebrais da pessoa com CC, através de atividades de desenvolvimento, aprendizagem e estimulação ambiental (van Heugten & Wilson, 2021).

Vários estudos apontam para a possibilidade de reversão do CC pós-AVC através do processo de plasticidade neural e para a melhoria da função cognitiva através do treino cognitivo precoce (Jiang et al., 2022), mas a sua abordagem permanece controversa devido, em parte, à escassez da orientação nas diretrizes redigidas e à escassez de dados de qualidade relativos à abordagem ideal (Quinn et al., 2021; Platz & Owolabi, 2021). Segundo Platz e Owolabi (2021), existe uma lacuna de evidências na reabilitação do AVC, mesmo em estudos de elevada qualidade, porque normalmente estes estão direcionados apenas para um tipo de intervenção e, na maioria das vezes, “não dão nenhuma pista sobre como decidir entre as várias opções terapêuticas disponíveis perante uma questão clínica” (p. 17), pelo que os profissionais de saúde se devem orientar pelas diretrizes gerais, embora estas também apresentem algumas restrições e vieses.

Para orientar a prática de reabilitação a adultos com AVC, a American Heart Association e a ASA (Winstein et al., 2016) anunciaram orientações para os profissionais de saúde que podem ser implementadas pelo EEER na abordagem à pessoa com CC após AVC (Quadro 6).

## Quadro 6

*Diretrizes para a reabilitação e recuperação de AVC em adultos*

	Classe/ Nível de evidência (NI)	Recomendações
Reabilitação em ambiente hospitalar	NI A	A reabilitação precoce para pessoas hospitalizadas com AVC deve ser fornecida em interdisciplinaridade.
	NI B	A intensidade da reabilitação deve ser proporcional ao benefício e tolerância da pessoa.
	Classe III NI A	A mobilização precoce de alta intensidade dentro das primeiras 24 horas não é recomendada pois pode reduzir a possibilidade de um resultado favorável em três meses.
Avaliação das necessidades de reabilitação	NI B	Devem ser avaliadas as AVD's, atividades instrumentais da vida diária, comunicação e mobilidade funcional a todas as pessoas com AVC, antes da alta hospitalar e os resultados devem ser incorporados nos registos de transição de cuidados e cartas de alta.
	NI C	Para determinar a necessidade de reabilitação pós-aguda, devem ser avaliados défices neurológicos, limitações de atividade, estado cognitivo, deglutição, nível de apoio social, capacidade do cuidador para responder às necessidades da pessoa e capacidade para participar na reabilitação.
Avaliação da cognição e memória	NI B	A triagem dos défices cognitivos é recomendada a todas as pessoas antes da alta.
	Classe IIa NI C	Quando se identifica défices cognitivos, pode ser benéfico realizar uma avaliação neuropsicológica mais detalhada.
Terapias não medicamentosas para CC	NI A	Recomenda-se ambientes enriquecidos para melhorar o envolvimento da pessoa.
	Classe IIa NI B	É razoável aplicar RC para melhorar a atenção, memória, negligência visual e funções executivas.
	Classe IIb NI C	Pode considerar-se o exercício físico como adjuvante para melhorar a cognição.
Assegurar a continuidade da reabilitação	Classe IIa NI B	É razoável considerar um plano individualizado na transição do hospital para o domicílio.

*Fonte: A Própria, adaptado de Winstein et al. (2016)*

Segundo a literatura, o foco da reabilitação é colocado na melhoria dos défices físicos pós-AVC, em detrimento dos défices cognitivos (O'Donoghue et al., 2022), embora haja evidência que as funções mentais superiores são fundamentais para o processo de aprendizagem (Gatens & Musto, 2011). Cheng et al. (2021) acrescentam que os défi-

ces cognitivos são mais difíceis de recuperar do que os físicos e que, deste modo, é necessário introduzir um programa de RC às pessoas acometidas por um AVC, para uma eficaz reintegração da mesma.

Seguindo a metodologia do PE, a primeira etapa coincide com a avaliação inicial, na qual a triagem dos défices cognitivos é muitas vezes descurada pelos profissionais de saúde (Abzhandadze et al., 2018) mas, segundo Winstein et al. (2016), as deficiências físicas e cognitivas após AVC têm implicações prognósticas independentes, pelo que a avaliação de ambos domínios deve ser considerada como rotina. Quinn et al. (2021) acrescentam que a avaliação precoce dos défices cognitivos permite estabelecer um plano de reabilitação adequado, informar a pessoa/família/cuidador das consequências das deficiências instaladas e estabelecer um plano realista para a alta.

O EEER possui competências para avaliar a pessoa com alterações cognitivas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), recorrendo a instrumentos de avaliação, dos quais se destaca o teste MoCA que, para van Heugten e Wilson (2021, p. 221), de acordo com vários estudos, é “o instrumento mais confiável, sensível e viável”, facto ainda corroborado por Teasell et al. (2020b) e por Abzhandadze et al. (2018). Os últimos afirmam ainda que o teste é de difícil aplicação em pessoas com AVC grave, mas os resultados do seu estudo sugerem que as funções cognitivas avaliadas com o MoCA 36-48 horas após o AVC podem refletir o desempenho das pessoas nas AVD's e prever parcialmente a dependência funcional três meses depois, conclusão muito relevante para a tomada de decisão do EEER.

A RC é definida como um conjunto individualizado e estruturado de intervenções terapêuticas não farmacológicas, baseadas na avaliação e na compreensão do comportamento cerebral da pessoa com défices, aplicadas de forma repetitiva e sistemática, de forma a restaurar ou superar as deficiências cognitivas adquiridas e minimizar o impacto destas na funcionalidade da pessoa (Quinn et al., 2021; Winstein et al., 2016).

De acordo com o regulamento de competências específicas do EEER, o profissional está capacitado para cuidar ao longo de todo o processo de reabilitação e ciclo vital de pessoas que sofrem alterações cognitivas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Desta forma, após a avaliação inicial, o EEER identifica a problemática, prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções preventivas, que asseguram a capacidade funcional, previnem complicações e minimizem o impacto das incapacidades cognitivas instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

O plano de enfermagem de RC à pessoa com AVC deve ser individualizado, com intervenções aplicadas de forma repetitiva e sistemática, com o objetivo de maximizar as capacidades cognitivas, de forma a promover a reeducação cognitiva, em convergência com a obtenção de ganhos em saúde, através da melhoria do bem-estar psicológico, melhoria da funcionalidade na realização das AVD's e da reintegração familiar e sociocultural (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Varanda & Rodrigues, 2017b; Xuefang, Guihua & Fengru, 2021). As intervenções implementadas podem ir de encontro aos défices detetados, quando o plano estabelecido incide em domínios específicos da cognição (por exemplo no domínio da atenção, memória, percepção, linguagem e funções executivas) ou à função cognitiva global (Quinn et al., 2021).

A RC pode ter três vertentes: restauradora, quando se pretende restaurar a função cognitiva através de ações repetidas; compensatória, quando se pretende reduzir os efeitos do CC na funcionalidade da pessoa ou compensar a função cognitiva; e adaptativa, quando se usam técnicas ou equipamentos adaptativos para promover a independência da pessoa (Loetscher et al., 2019; Quinn et al., 2021; Teasell et al., 2020b; Winstein et al., 2016). No entanto, para van Heugten e Wilson (2021), as abordagens compensatórias são mais eficazes e aplicadas mais frequentemente na prática clínica para melhorar a função cognitiva após o AVC, pois oferecem estratégias que permitem compensar os défices sentidos pela pessoa aquando da realização das suas tarefas.

As intervenções inerentes à RC têm como finalidades (Teasell et al., 2020b):

- Reforçar, fortalecer ou restabelecer padrões comportamentais adquiridos previamente;
- Estabelecer novos padrões de atividade cognitivos através de mecanismos compensatórios internos;
- Estabelecer novos padrões de atividade cognitiva através de mecanismos compensatórios externos (ajudas externas ou estruturação e suporte ambiental).
- Permitir a adaptação da pessoa aos seus défices cognitivos.

O ambiente é um dos fatores determinantes para o sucesso da RC. Aquando da preparação das sessões, o EEER deve ter em atenção a escolha de um ambiente livre de ruídos e com estímulos agradáveis que permitam à pessoa sentir-se concentrada, confor-

tável e repousar no final da sessão (Varanda & Rodrigues, 2017b). Segundo os mesmos autores, deve ser ainda usado um tom de voz calmo, sereno, com palavras de incentivo ao progresso (de forma a motivar a pessoa) e de acordo com alguns défices cognitivos por vezes é necessário orientar a pessoa a iniciar, organizar e manter a sequência da tarefa a desenvolver, tanto na RC como no treino das AVD's e dos autocuidados. Implementado o programa, há que realizar uma avaliação contínua e reformulação do mesmo, sempre que necessário, de acordo com os resultados alcançados, a recuperação dos défices e a preferência da pessoa, em linha com o seu projeto de saúde.

## 2. FINALIDADE E OBJETIVOS

Sendo o local de Estágio um serviço de Neurologia, em que o diagnóstico de admissão é maioritariamente AVC, do qual podem resultar inúmeras sequelas tais como défices motores, sensitivos ou cognitivos, faz sentido que haja uma avaliação e abordagem global da pessoa.

A pessoa com CC pós-AVC insere-se na definição de pessoa com necessidades especiais do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, pois encontra-se temporária ou permanentemente impossibilitada de realizar as suas AVD's de forma autónoma. Segundo o mesmo documento, o EEER possui conhecimentos e competências específicas que lhe permite conceber, implementar, monitorizar e avaliar programas de reeducação funcional cognitiva (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

Perante este pressuposto, os EEER são profissionais qualificados para a abordagem da pessoa com CC decorrente de um AVC. Assim, ele identifica as necessidades da pessoa; planeia, concebe, implementa e avalia planos de intervenção, obtendo ganhos em saúde expressos numa maior independência funcional, prevenção de incapacidades, readaptação às deficiências adquiridas e à maximização da autonomia da pessoa, de acordo com os défices instalados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2015c). Neste sentido, e para aliar o colmatar das necessidades encontradas em contexto de aprendizagem clínica à PBE, foi realizada uma formação em serviço sobre a escala MoCa e a sua aplicabilidade, como instrumento de avaliação do CC durante o período em que se frequentou o estágio. Tal como evidenciado na revisão da literatura, o diagnóstico e intervenção do EEER é dirigido prioritariamente às alterações físicas e motoras detetadas. A RC é parca, embora haja preocupação em orientar a pessoa no tempo, espaço e pessoa de forma contínua e de realizar estimulação cognitiva com alguns materiais existentes, adquiridos ou elaborados pelos EEER do serviço. O maior desafio prende-se com a necessidade de uma grande quantidade de tempo necessária ao acompanhamento das pessoas com alterações cognitivas aquando da realização das intervenções.

A construção de uma proposta de intervenção do EEER na vertente cognitiva tem como finalidade promover o bem-estar e autocuidado das pessoas acometidas por um AVC, de forma a otimizar e/ou reeducar a função cognitiva a par da função motora,

sensorial, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015c).

De forma a conhecer as intervenções com evidência científica para o problema identificado e porque a OE incorpora os resultados de investigação e direciona a praxis clínica especializada em evidência científica atualizada do EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) e do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), optou-se por realizar uma RIL. A escolha desta metodologia prende-se com o facto de compreender holística e aprofundadamente o fenómeno em estudo (Toronto, 2020), sintetizar o conhecimento existente sobre uma temática e incorporar os resultados na prática clínica (Sousa et al., 2017).

### 3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Com a presente RIL, pretende-se identificar a evidência disponível sobre os programas de RC da pessoa com AVC, que possam sustentar uma proposta de intervenção num serviço de internamento de Neurologia do Norte de Portugal e fomentar a PBE, traduzida numa tomada de decisão fundamentada e atualizada e na melhor assistência à pessoa aquando da prestação de cuidados especializados de ER.

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa bibliográfica primária (consulta e leitura de livros, manuais, revistas científicas, motores de busca e repositórios disponíveis online) sobre a RC da pessoa com AVC. Numa fase posterior iniciou-se a RIL, que se desenvolveu através de seis etapas, em linha com o proposto por Sousa et al. (2017):

- 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
- 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
- 3) categorização dos estudos;
- 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- 5) interpretação dos resultados;
- 6) apresentação da síntese do conhecimento.

#### 3.1. METODOLOGIA

Seguindo as etapas da metodologia escolhida, primeiro foi identificado o tema e construída a questão orientadora, através da estratégia PICO (Quadro 7), em que a população (P) contempla adultos com AVC; a intervenção (I) pressupõe os programas de reabilitação cognitiva; a comparação (C) não se verifica nesta questão e o resultado/outcome (O) visa a melhoria da função cognitiva.

#### Quadro 7

*Estratégia PICO*

Participantes (P)	Adultos com AVC
Intervenção (I)	Programas de reabilitação cognitiva
Comparação (C)	
Outcome (O)	Melhoria da função cognitiva

Fonte: A Própria

Da mnemónica, surge a questão orientadora: “Que programas de reabilitação cognitiva são utilizados para melhorar a função cognitiva da pessoa com AVC?”.

Numa segunda fase, foi realizada uma pesquisa da literatura, que se iniciou com a definição dos Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH), usados como linguagem comum na pesquisa e recuperação de assuntos e artigos científicos nas fontes da Biblioteca Virtual em Saúde e nas bases de dados disponíveis (Biblioteca Virtual em Saúde, 2022), combinados com os operadores booleanos AND e OR que definem relações entre os termos de pesquisa e os componentes da mnemónica PICO, como representado no quadro 8.

### Quadro 8

*Construção da frase booleana*

<b>Operadores Boleanos</b>	<b>AND</b>
Conceito 1 (P)	("Stroke" OR "Apoplexy" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Vascular Accident" OR "Cerebrovascular disorders")
Conceito 2 (I)	("Nursing Rehabilitation" OR "physiotherap*" OR "therap*" OR "Rehabilitation" OR "Disability Evaluation" OR "Recovery of Function" OR "disabilit*" OR "exercis*" OR "training" OR "Stroke Rehabilitation" OR "Cognition Therapy" OR "Cognitive Behavio*" OR "Therapy" OR "Cognitive Psychotherapy" OR "Cognitive Therapy" OR "Neurological Rehabilitation")
Conceito 3 (O)	("Cognitive Dysfunction" OR "Cognitive Decline" OR "Cognitive Impairments" OR "Mental Deterioration" OR "Mild Cognitive Impairment" OR "Mild Neurocognitive Disorder" OR "Cognition Disorders")
1 AND 2 AND 3	

*Fonte: A Própria*

A expressão de pesquisa resultante deste processo foi a seguinte: (("Stroke" OR "Apoplexy" OR "Cerebral Stroke" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Apoplexy" OR "Vascular Accident" OR "Cerebrovascular disorders") AND ("Nursing Rehabilitation" OR "physiotherap\*" OR "therap\*" OR "Rehabilitation" OR "Disability Evaluation" OR "Recovery of Function" OR "disabilit\*" OR "exercis\*" OR "training" OR "Stroke Rehabilitation" OR "Cognition Therapy" OR "Cognitive Behavio\*" OR "Therapy" OR "Cognitive Psychotherapy" OR "Cognitive Therapy" OR "Neurological Rehabilitation") AND ("Cognitive Dysfunction" OR "Cognitive Decline" OR

"Cognitive Impairments" OR "Mental Deterioration" OR "Mild Cognitive Impairment" OR "Mild Neurocognitive Disorder" OR "Cognition Disorders").

Procedeu-se, entretanto, a um processo sistemático e estruturado de pesquisa durante os meses de novembro e dezembro de 2022, nas bases de dados científicas *Current Index to Nursing & Allied Health Literature Complete* (CINAHL Complete), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE Complete) e *MedicLatina*, disponíveis no motor de busca da EBSCO, com os seguintes limitadores de pesquisa: publicações entre 2017-2022 para promover a evidência mais atual e os idiomas português, inglês e espanhol/castelhano.

A triagem inicial ficou a cargo da investigadora principal, sendo validada posteriormente pela orientadora, não sendo necessário um terceiro revisor, por não terem sido encontradas dúvidas, dificuldades ou desacordos (Remington, 2020).

Considerando os aspetos éticos, na presente RIL foi assegurada a referenciação dos artigos pesquisados e houve uma preocupação em seguir as regras em todas as suas etapas, de forma a evitar enviesamentos e minimizar erros (Nunes, 2020). Por se tratar de um estudo que não envolve seres humanos de forma direta, não foi necessária a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa.

Para perceber que programas de RC são utilizados para melhorar a função cognitiva da pessoa com AVC e que possam ser utilizados no serviço onde decorreu o Estágio de Opção, foram definidos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa realizada, que se encontram descritos no Quadro 9.

#### Quadro 9

*Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos*

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
Participantes	- Pessoas com AVC - Idade superior a 18 anos	- Outras patologias
Intervenção	- Programas de RC convencional	- RC com recurso a meios tecnológicos - Sem descrição de intervenções

### Quadro 9

*Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos (continuação)*

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<i>Outcomes</i>	- Melhoria da função cognitiva	
Desenho de estudo	- Estudos primários	- Estudos secundários

*Fonte: A Própria*

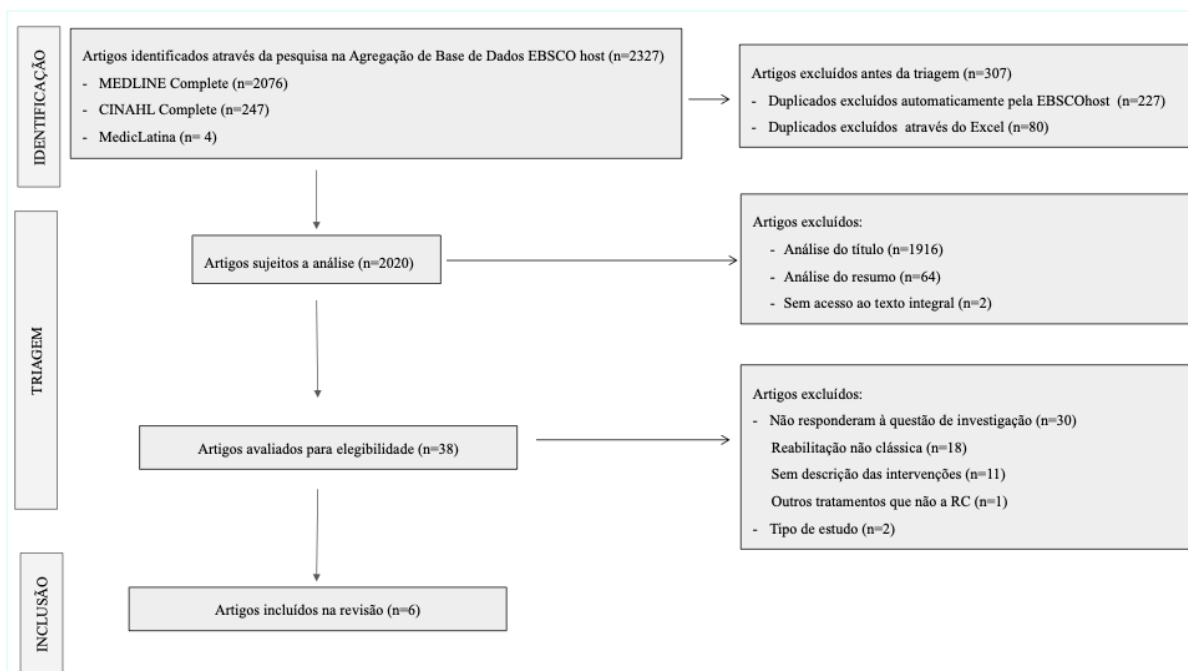
Desta forma, está preparada a fase da pesquisa da literatura, em que se identifica, analisa, avalia e sintetiza todos os estudos selecionados (Toronto, 2020).

### 3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa resultou no encontro de 2327 estudos, dos quais foram excluídos 307 duplicados antes da triagem. Dos 2020 estudos restantes, foram excluídos 1916 após análise dos títulos, 64 após análise dos resumos e dois sem acesso ao texto completo, mesmo pesquisados noutras plataformas, bases de dados e/ou solicitados aos autores via email. Numa fase posterior, foram avaliados 33 estudos pela análise crítica da leitura do artigo na íntegra com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão predeterminados. Do processo de pesquisa resultaram seis artigos (Figura 4), terminando aqui a segunda etapa da RIL.

**Figura 4**

*Fluxograma PRISMA - Processo de pesquisa e seleção dos estudos.*



Fonte: A Própria, adaptado de Page et al. (2021)

Para cumprir a terceira e quarta etapa deste processo (categorização dos estudos e avaliação dos estudos incluídos na RIL), a recolha e sistematização dos dados realizou-se com recurso a diversos quadros: o primeiro apresenta a identificação dos artigos para análise final categorizados por ano, autor/título e tipo de estudo (Apêndice III), os seis seguintes reúnem o resumo dos dados pertinentes extraídos dos estudos que suportam a presente revisão, nomeadamente o objetivo, participantes, intervenção, principais resultados e conclusões (Apêndice IV) e os últimos seis descrevem os programas de RC (Apêndice V).

Os artigos compreendem maioritariamente estudos clínicos randomizados (ECR) (n=4), classificados com o nível mais alto de evidência, devido à sua imparcialidade e a um menor risco de erros (Burns, Rohrich & Chung, 2011), um ensaio clínico com grupo de controle (n=1) e um estudo quase-experimental com grupo de controle (n=1).

Todos os artigos selecionados estão publicados em revistas científicas e redigidos em língua inglesa. Os anos de publicação sobre a temática em estudo remontam a 2021(n=4) e a 2022 (n=2). A China concentra a maioria dos estudos desenvolvidos (n=5), seguindo-se pelo Irão (n=1) e Portugal não consta em nenhum estudo que vá de encontro aos objetivos da presente RIL.

A população sujeita às intervenções é maioritariamente masculina que corrobora uma maior incidência da doença nessa população e a média de idades varia entre os 53,9 e os 66,8 anos, evidenciando uma maior incidência em relação direta com o aumento da idade (Menoita, 2012; Leonardi & Fheodoroff, 2021; Sousa-Uva & Dias, 2014).

Três dos estudos retratam apenas o AVC isquémico pois este tipo de AVC representa 80-85% de todos os AVC's (Pashang et al., 2021), sendo evidente o predomínio do AVC de etiologia isquémica no estudo de Xuefang, Guihua e Fengru (2021) e Wang et al. (2021) em relação ao predomínio de etiologia hemorrágica, encontrado apenas no estudo de Jiang et al. (2022).

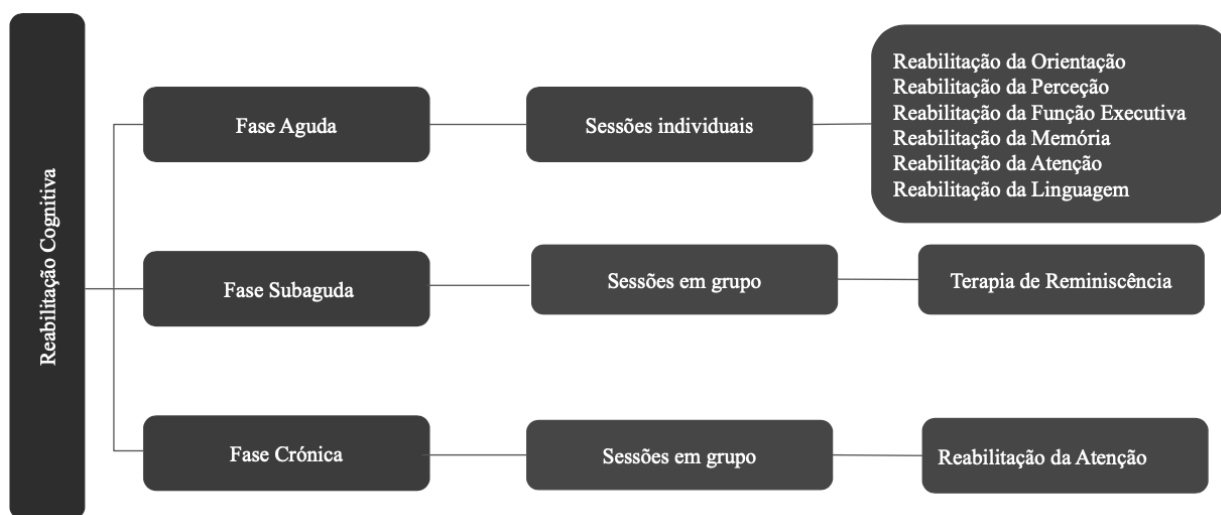
Os programas encontrados são realizados quer de forma individual (n=3), quer em sessões de grupo (n=3), as últimas relatadas num dos artigos de RC e nos dois artigos de Terapia de Reminiscência (TR).

A quinta etapa proposta por Sousa et al. (2017) propõe organizar, sintetizar e interpretar os resultados obtidos da revisão. Desta forma, optou-se por agrupar as evidências em categorias (programas de reabilitação na fase aguda, subaguda e crónica).

De acordo com os resultados obtidos, elaborou-se um esquema que pretende ser de fácil leitura e compreensão (figura 5).

**Figura 5**

*Esquema com os resultados da RIL*



*Fonte: A Própria*

### 3.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta os resultados obtidos anteriormente, importa agora discutir e comparar os mesmos. Por forma a que a leitura seja mais perceptível, optou-se por realizar a discussão tendo em conta as categorias elencadas.

#### **Programas de Reabilitação na fase aguda**

A fase aguda pós-AVC abrange o maior número de artigos encontrados na presente RIL (n=3). Todos os estudos incluídos relativos a esta fase são ERC e revelam resultados positivos na função cognitiva em pessoas com CC, independentemente do tipo de intervenções relatadas, da forma como foram executadas ou do início, duração e número de sessões que determinaram o programa implementado.

Jiang et al. (2022) potencializaram a recuperação da função cognitiva através de um programa de exercícios aeróbios combinado com treino cognitivo precoce implementado em pessoas com comprometimento cognitivo após AVC pela primeira vez. Trata-se de um estudo cujo grupo experimental (GE) é constituído por 90 pessoas que obteve pontuação MoCA mais elevada em relação ao grupo de controlo (GC) constituído pelo mesmo número de participantes.

O estudo de Xuefang, Guihua e Fengru (2021) reflete os resultados comparativos de um grupo de observação de 59 pessoas e de um GC com o mesmo número de pessoas com diagnóstico de AVC isquémico pela primeira vez. Ambos os grupos foram submetidos a um programa de reabilitação convencional mas, enquanto que o grupo de observação foi sujeito a um programa de terapia de observação de movimento em equipamentos de realidade virtual, os últimos foram sujeitos a um programa de RC convencional adicional. Neste caso, o interesse da investigação nesta RIL é sobre o GC, que obteve melhorias na pontuação MoCA e redução dos valores na escala NIHSS, embora inferiores ao grupo de observação.

Wang et al. (2021) exploraram o efeito do treino de reabilitação no comprometimento cognitivo pós-AVC e obtiveram melhorias no teste MoCA e MMSE no grupo de pesquisa composto por 50 pessoas em relação ao GC, composto pelo mesmo número de participantes.

Jiang et al. (2022) refere como profissionais responsáveis pela implementação dos programas de reabilitação do estudo terapeutas de reabilitação, sem distinção da

categoria profissional, enquanto os restantes dois estudos referidos evidenciam a intervenção do EEER.

Todos os estudos referidos acima abordam intervenções orientadas para a reabilitação de défices de atenção, orientação, perceção, memória, embora os dois primeiros abordem também a linguagem.

Constata-se uma grande heterogeneidade em relação à frequência e duração dos programas de reabilitação realizados: o estudo de Jiang et al. (2022) contemplou sessões uma vez por dia, seis vezes por semana e com duração de seis meses, o ensaio clínico de Xuefang, Guihua e Fengru (2021) teve duração de 60 minutos, duas vezes por dia com duração de três semanas enquanto que Wang et al. (2021) realizaram o programa uma vez por dia durante meia hora e cada ciclo de tratamento teve uma duração de oito semanas.

Jiang et al. (2022), Xuefang, Guihua e Fengru (2021) e Wang et al. (2021) iniciaram as intervenções precocemente. Os dois primeiros esperaram que os sinais vitais estabilizassem, embora Xuefang, Guihua e Fengru (2021) cumprissem o início ao terceiro dia e sem progressão de sintomas de AVC há dois dias. Os autores do terceiro estudo referido iniciaram o programa entre as 72 horas e o sexto dia pós-AVC.

Os estudos incluídos nesta revisão, recorreram na sua maioria ao teste MoCA para reavaliação dos défices cognitivos; contudo, Wang et al. (2021) utilizaram concomitantemente o teste MMSE. Quanto ao *timing* para a reavaliação dos défices, enquanto que Jiang et al. (2022) e Wang et al. (2021) referem os seis meses, Xuefang, Guihua e Fengru (2021) fazem menção ao 14º e ao 20º dia pós-intervenção.

Sendo a RC abrangente e direcionada a vários domínios cognitivos, optou-se por agrupar as diferentes abordagens dirigidas aos mesmos, com o intuito de facilitar a sua compreensão e discussão.

### ***Atenção***

Os estudos de Jiang et al. (2022), Xuefang, Guihua e Fengru (2021) e Wang et al. (2021) abordam a reabilitação dos défices de atenção em pessoas acometidas por AVC. Todos os artigos relatam o início da reabilitação precoce, ainda durante o internamento.

Quanto às intervenções realizadas, estas diferem entre os estudos. Nos estudos de Jiang et al. (2022) e de Wang et al. (2021), as intervenções passam por mostrar fotografias de acordo com a preferência da pessoa e orientá-la a descrever os objetos encon-

trados nas mesmas, mas diferem noutros pontos: enquanto que os primeiros acrescentam intervenções de repetição dos números positivos e negativos, bem como dos números pares e ímpares, de um até trinta, os segundos leem histórias/poesia e pedem à pessoa que as recontem. Xuefang, Guihua e Fengru (2021) utilizam jogos simples como intervenção para a reabilitação da atenção.

### ***Memória***

Pela análise dos estudos incluídos na RIL, foram encontrados três artigos que apresentam intervenções de reabilitação para défices de memória, com alguma disparidade nas intervenções propostas. Jiang et al. (2022) e Xuefang, Guihua e Fengru (2021) propõem lembrar os nomes ou orientar as pessoas a recontar uma história, auxiliam as pessoas a lembrar das personagens ou dos objetos que acabaram de ver. Jiang et al. (2022), com a ajuda dos familiares, auxiliam a relembrar os eventos recentes, de forma a capacitar a pessoa para resolver problemas e concluir as tarefas simples de forma independente (vestir, despir e lavar o rosto). Wang et al. (2021) auxiliam a pessoa a identificar cores, formas e nomes com cartões, blocos de construção, figuras, despertadores, horários e diários, lembram o tempo e reabilitam o cálculo (inserido na memória do trabalho) através de jogos de cartas.

### ***Funções Executivas***

Conforme descrito anteriormente, das funções executivas fazem parte a capacidade de resolver problemas, a capacidade de raciocínio e os distúrbios de pensamento, encontrados nos estudos presentes. Assim, para a melhoria da capacidade para resolver problemas, Xuefang, Guihua e Fengru (2021) propõem a organização dos materiais necessários à realização das AVD's, para possibilitar à pessoa a sua conclusão de forma independente. Já Wang et al. (2021), de forma a melhorarem a capacidade de raciocínio das pessoas, propõem a classificação e resolução de problemas práticos, como encorajar a pessoa a decidir sobre o tipo e a quantidade de refeições diárias, ir a lojas próximas ao hospital para selecionar e comprar itens/negociar com vendedores. Em relação ao estudo de Jiang et al. (2022) relativo à recuperação dos distúrbios de pensamento, as pessoas foram encorajadas a sair e voltar para a enfermaria ou pedir comida de forma autónoma.

### ***Percepção***

Para a reabilitação da percepção, proposta nos estudos de Jiang et al. (2022) e Wang et al. (2021), as pessoas foram incentivadas a reconhecer/distinguir a forma ou a cor dos objetos. No segundo estudo referido, exigiram ainda que as pessoas se lembrassem dos nomes de personagens representadas em fotografias.

### ***Linguagem***

De forma a reabilitar os défices relacionados com a linguagem, o estudo de Jiang et al. (2022) e o de Xuefang, Guihua e Fengru (2021) convergem na conversa sobre assuntos de interesse da pessoa, levantando questões. Os segundos incluíram a escuta repetida com leitura e a recontagem de histórias como intervenções de reabilitação deste domínio.

### ***Orientação***

A reabilitação da orientação é encontrada em três estudos integrantes da RIL e constata-se o seu início numa fase precoce pós AVC. Resumidamente, as intervenções do estudo de Jiang et al. (2022) e Xuefang, Guihua e Fengru (2021) têm em comum o questionar sobre a hora, local e data e diferem noutras intervenções: enquanto que no primeiro estudo lembram frequentemente a hora de levantar e deitar e treinam operações de cálculo dentro da faixa numérica de zero a cinquenta, o segundo permite a distinção entre a lateralidade dos membros, posição e distância entre os objetos hospitalares. Já o estudo de Wang et al. (2021) exige que a pessoa se lembre do caminho entre a enfermaria e a sala de tratamento e o horário das AVD's.

### **Programas de Reabilitação na fase subaguda**

Embora os dois artigos se refiram à presença de AVC agudo, não especificam o tempo decorrido desde o evento até ao início do programa, que se inicia após a alta hospitalar. Deste modo, considera-se a fase subaguda.

### ***Terapia de Reminiscência***

A TR é um procedimento não farmacológico que promove lembrar o passado e compartilhar as experiências e histórias, de forma a promover as funções cognitivas (Li & Liu, 2022). Esta abordagem foi encontrada em dois artigos da presente revisão.

Ambos os estudos foram realizados com pessoas acometidas por AVC isquêmico agudo e compreenderam sessões de 60 minutos iniciadas após a alta hospitalar, ministradas por enfermeiros sujeitos a treino específico prévio. A duração de ambos os programas foi de 12 meses, mas a frequência diferiu, enquanto que no estudo de Li e Liu (2022) as sessões se realizaram uma vez por mês, no estudo de Cheng et al. (2021) as sessões aconteceram duas vezes por mês.

No estudo de Li e Liu (2022), os 108 participantes do grupo de terapia de reminiscência (GTR) realizaram um programa onde vigorava a reabilitação motora e RC, além da TR e no estudo de Cheng et al. (2021), os participantes do GTR foram 65 e realizaram um programa de RC com TR adicional.

De forma resumida, os programas de TR consistiam no lembrar/recordar eventos e na partilha de experiências, sentimentos e pensamentos passados com os enfermeiros e com os restantes participantes do grupo. Embora com algumas diferenças na intervenção, ambos os grupos obtiveram melhorias da pontuação do MMSE em relação ao GC e o segundo foi avaliado também com o teste MoCA, igualmente com melhoria nesse item.

Para explicar a melhoria da função cognitiva observada no estudo após o programa que incluía a TR, Li e Liu (2022) apontam a exercitação da memória através do lembrar do passado, de experiências e de histórias e a organização da linguagem para partilhar as memórias e sentimentos, enquanto que Cheng et al. (2021) concluem que a TR associada à RC fortalece a capacidade de memória, orientação, associação e narrativa, pelo que ambos sugerem a TR como complemento da reabilitação global das pessoas com AVC isquémico.

Tanto Li e Lui (2022) como Cheng et al. (2021) avaliaram a função cognitiva a cada três meses, ao longo do programa. Embora Li e Lui (2022) aplicassem apenas o teste MMSE, Cheng et al. (2021) aplicaram também o teste MoCA para cumprir a reavaliação dos défices e justificar os resultados dos estudos.

### **Programas de Reabilitação na fase crónica**

Embora o interesse de estudo seja de acordo com a RC em ambiente hospitalar, não foi colocada de parte uma possível abordagem posterior. Neste sentido, foi incluído o artigo escrito por Pashang et al. (2021) referente ao AVC ocorrido entre os seis meses e os três anos pós-AVC, tempo considerado na definição de AVC crónico.

A particularidade deste artigo prende-se com a RC com perspetivas em melhorar o domínio da atenção, tanto visual como auditiva. Trata-se de um estudo quase-experimental com a participação de 20 pessoas com AVC isquémico, alocados aleatoriamente em GC (n=10) e GE (n=10). As intervenções foram realizadas em grupo de duas a dez pessoas, com duração de uma hora por semana ao longo de oito semanas e o conteúdo das sessões inclui esclarecimentos sobre os défices de atenção e diversas sessões de treino desse domínio. A reavaliação do domínio da atenção foi realizada através do Teste Integrado de Desempenho Visual e Auditivo Contínuo no final do programa e seis semanas depois do seu término.

### 3.4. CONCLUSÕES

Neste subcapítulo faz-se a apresentação da síntese do conhecimento, referente à sexta etapa desta metodologia.

A presente RIL revela seis artigos que abordam a RC nas várias fases de recuperação do AVC (fase aguda, subaguda e crónica), o que permite concluir que a RC, apesar de promover melhorias clínicas mais evidentes nas duas primeiras fases, em que se prevê uma maior plasticidade neural, também se pode verificar decorridos meses ou anos após a lesão, em concordância com Cicerone et al. (2019).

Dos artigos selecionados, quatro identificam o EEER como profissionais de saúde intervenientes, o estudo de Jiang et al. (2022) não discrimina a categoria profissional, referindo-se aos profissionais como terapeutas de reabilitação e o estudo de Pashang et al. (2021) não especifica o grupo profissional que intervém na RC à pessoa com AVC. Cabe aqui a referência de que todos os estudos apontam para uma melhoria dos resultados nos domínios da cognição ou na função cognitiva global, traduzidos na melhoria da pontuação dos testes aplicados, que corrobora a importância do papel do EEER na intervenção interdisciplinar da RC à pessoa com AVC.

O teste MoCA foi o instrumento mais utilizado nos estudos (n=4) para a avaliação dos défices cognitivos, o que demonstra a sua aplicabilidade e sensibilidade em pessoas com CC no decurso de um AVC.

De qualquer forma, foram encontradas algumas limitações:

- Não há consenso quanto ao início, frequência e duração dos programas encontrados, o tempo de avaliação e o tipo de intervenções aplicadas, fato corroborado também no estudo de Quinn et al. (2021);

- Não há evidências de que as características pessoais das pessoas sujeitas ao programa influenciam ou não a eficácia das intervenções, tal como no estudo de Cicerone et al. (2019);
- Não foram encontrados estudos dirigidos à população europeia, nomeadamente à população portuguesa;
- Heterogeneidade das intervenções para os diferentes domínios cognitivos;
- Os tempos de avaliação dos resultados são divergentes;
- Alguns dos estudos compararam a eficácia das intervenções da RC com intervenções não dirigidas à função cognitiva;
- Tanto a avaliação inicial das pessoas estudadas como os resultados são maioritariamente relativos ao teste MoCA e MMSE no global, mas não especificam os resultados obtidos nos diferentes domínios cognitivos.

Posto isto e, apesar do CC pós-AVC ser de elevada preocupação da pessoa/família e da sua identificação como uma área de alta prioridade para pesquisas futuras, evidencia-se várias lacunas e escassez de dados de alta qualidade que permitam uma proposta ideal de intervenção, em concordância com Quinn et al., (2021). Deste modo, salienta-se a necessidade de mais estudos nesta área, incluindo ensaios metodologicamente robustos, de forma a colmatar essas necessidades, em linha com o proposto pelos autores referidos.

Os desafios nesta fase prendem-se com a inexperiência da investigadora principal, o tempo despendido para o presente estudo, visto que o estágio teve uma limitação temporal de cinco semanas e uma RIL pretende seis a doze meses para a sua execução (Toronto, 2020).

Em forma de conclusão, apesar de algumas limitações, o estudo trouxe um corpo de conhecimentos na área da RC que permite a construção de uma proposta de intervenção de cuidados de enfermagem especializados para o serviço de Neurologia, de forma a promover a PBE por parte dos EEER que compõem a equipa, melhorando a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC.

#### **4. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO PÓS-AVC**

Como descrito na revisão da literatura, a abordagem do CC da pessoa com AVC é muitas vezes descurada pelos profissionais de saúde, embora seja de elevada importância para a sua reabilitação global e para a aquisição da sua independência. Ao longo do percurso formativo em estágio, foi identificada a oportunidade de melhorar a avaliação da função cognitiva com recurso a uma escala mais sensível (MoCa) e de propor intervenções de ER mais direcionadas/personalizadas para o(s) défice(s) identificado(s).

Nos capítulos anteriores, abordou-se a melhor evidência sobre esta problemática, onde foram incluídos estudos recentes relevantes nesta área e a realização da RIL permitiu perceber e sintetizar a abordagem à pessoa com AVC na vertente cognitiva e suportar a proposta de intervenção de ER, apresentada no subcapítulo que se segue.

As intervenções do EEER devem ser estruturadas de acordo com os resultados da investigação e orientações de boas práticas, assentes na melhor evidência disponível, culminando na prestação de cuidados de excelência, na satisfação das pessoas, na obtenção de ganhos em saúde e o reconhecimento profissional especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2015c). Após análise dos contributos da RIL, revisão da literatura e consulta de diretrizes e orientações, apresenta-se uma proposta de intervenção de enfermagem de reabilitação cognitiva à pessoa com CC pós-AVC, relevante para a prática clínica.

##### **4.1. AVALIAÇÃO DOS DÉFICES COGNITIVOS**

É recomendada a triagem de défices cognitivos devido à sua elevada prevalência e ao impacto negativo que têm na realização das AVD's e na participação social da pessoa com AVC (van Heugten & Wilson, 2021; Winstein et al., 2016; Leonardi & Feodoroff, 2021).

Ao EEER compete recolher informação pertinente e utilizar escalas para avaliar precocemente a função cognitiva (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), de modo a determinar um plano de cuidados adequado, apoiar o destino da pessoa aquando da alta, de acordo com os achados encontrados e as necessidades de reabilitação; intervir na RC de forma individualizada, consoante os défices instalados e avaliar a progressão do proces-

so de reabilitação, entre outros (Direção Geral da Saúde, 2011b; Jaywant et al., 2020; van Heugten & Wilson, 2021; Varanda & Rodrigues, 2017a).

Aquando da avaliação inicial, o Colégio da Especialidade de ER recomenda o uso do teste MoCA (Ordem dos Enfermeiros, 2016), um teste confiável, sensível e viável de acordo com vários estudos, elaborados em contexto de AVC agudo e subagudo para identificar e prever o CC (Teasell et al., 2020b; Jaywant et al., 2020; Abzhandadze et al., 2018; van Heugten & Wilson, 2021). O teste MoCA é um instrumento que permite avaliar a função cognitiva global, composto por vários itens que avaliam diferentes domínios cognitivos: habilidades visuoespaciais, funções executivas, atenção, concentração, memória de curto prazo e memória de trabalho, linguagem e orientação temporo-espacial, perfazendo um total de 30 pontos, em que uma pontuação menor ou igual a 26 representa CC (Teasell et al., 2020b; Nasreddine, 2018a; Nasreddine, 2018b). Encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa por Freitas e colaboradores desde 2011 (Freitas et al., 2011) e está disponível online a versão mais atualizada, a versão 8.1 (datada de 19 de fevereiro de 2018) e acompanhada por um guia de instruções para a sua administração e cotação (Anexo V). No entanto, segundo Quinn et. al, (2021), este teste tem como limitação a necessidade de funções visuoespaciais e de linguagem intactas.

De salientar que as pontuações finais dos testes de avaliação cognitiva são redutoras, devendo ser interpretadas no contexto da educação, histórico cultural e idioma da pessoa (Quinn et al., 2021).

#### 4.2. REABILITAÇÃO COGNITIVA

Compete ao EEER conceber planos, selecionar e prescrever intervenções que otimizem e/ou reeduquem a função e elaborar programas de reeducação funcional cognitiva, de acordo com o seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Assim, após a avaliação dos défices cognitivos, o EEER elabora um programa de RC individualizado/personalizado à pessoa com AVC.

As intervenções propostas estão em linha com os estudos encontrados, agrupados de acordo com os domínios intervencionados e baseiam-se em dois grandes pressupostos: a abordagem global à pessoa com CC após AVC e a sua aplicabilidade na prática clínica do EEER em contexto hospitalar, de acordo com as características da população encontrada e os recursos disponíveis ou potencialmente de fácil aquisição para a

realização das intervenções propostas. Só desta forma poderá ser possível a obtenção de ganhos em saúde, como preconizado no Regulamento n.º 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Apesar da pessoa com AVC merecer tratamento de reabilitação baseado na melhor evidência, existem vários desafios em transferir os resultados da pesquisa para a prática clínica, tais como: o tempo disponível para a execução das atividades, a experiência do profissional, o suporte administrativo e os recursos humanos e materiais (Bernhardt et al., 2019). Desta forma, considerando o contexto e a viabilidade da sua concretização, foram incluídas intervenções simples, com recursos materiais de fácil acesso ou com baixo custo, excluindo o recurso a tecnologia, realidade virtual, eletroestimulação ou estimulação magnética transcraniana e acupuntura, entre outros.

Visto que a intervenção é dirigida à pessoa com AVC internada num serviço de Neurologia, a proposta poderia ser apenas direcionada para a fase aguda e subaguda. No entanto, pela importância da RC de forma continuada e pelo resultado dos estudos incluídos, propõe-se também intervenções para a fase crónica, embora ciente da necessidade da criação de uma consulta de RC em regime de ambulatório.

### **Fase aguda**

A fase aguda diz respeito ao período entre o primeiro e o sétimo dia pós-AVC. A reabilitação precoce é desejável, de forma a “estabelecer a conexão simpática entre os axónios das células nervosas, fortalecer a circulação colateral e promover a reorganização funcional e reorganização do hemisfério cerebral lateral saudável” (Wang et al., 2020, p. 3808), ainda em ambiente de internamento. Desta forma, propõe-se o início da intervenção a partir do terceiro dia, desde que a pessoa se encontre com sinais estáveis e sem agravamento dos sintomas/défices de AVC há, pelo menos, 48 horas. Sugere-se intervenções de RC com sessões individuais com uma duração de 30 minutos, uma vez por dia, ao longo de todo o internamento, visto que a repetição é importante para a aprendizagem em pessoas com CC.

De forma a promover um ambiente compatível com uma abordagem de RC segura, confortável, que promova privacidade à pessoa/família/cuidador, num ambiente físico calmo, livre de ruídos, sem distrações e com estímulos agradáveis, sugere-se a criação de um gabinete de reabilitação no serviço, que atenda a essa necessidade.

De seguida, serão abordadas as intervenções do EEER na reabilitação das funções cognitivas, tendo em conta os resultados obtidos na avaliação dos défices cognitivos.

### ***Reabilitação da Atenção***

A reabilitação da atenção é importante na medida em que este domínio cognitivo afeta diretamente os demais, pelo que o treino dirigido à atenção pode melhorar quase todos os domínios cognitivos (Teasell et al., 2020b). Alguns défices de atenção podem ser recuperados, mas persistem ao longo dos anos em cerca de 20% a 50% dos sobreviventes (Loetscher et al., 2019). Segundo os mesmos autores, a RC pode melhorar alguns domínios da atenção no imediato, permitindo um maior envolvimento da pessoa na reabilitação e uma melhoria na realização de dupla tarefa (por exemplo: andar e falar ao mesmo tempo), mas não há evidências de que se mantenha ao longo do tempo.

### ***Reabilitação da Memória***

Todos os tipos de memória desempenham um papel fundamental para o viver de forma independente e para a manutenção da qualidade de vida da pessoa (Teasell et al., 2020b; Quinn et al., 2021), pelo que a reabilitação dos défices desse domínio constitui uma elevada importância para a intervenção do EEER.

A reabilitação da memória pretende a recuperação dos domínios da memória ou em estratégias adaptativas para que a pessoa aprenda a viver com os défices instalados (das Nair, 2016). Para a primeira opção, a recuperação assenta numa fase de aprendizagem e numa fase de recordação, com recurso a estratégias compensatórias internas (imagens visuais, mnemónicas, técnicas de associação e ensaios) e externas (*notebooks*, diário e listas) (das Nair et al., 2016; Cicerone et al., 2019; Teasell et al., 2020b).

### ***Reabilitação da Função Executiva***

Os mecanismos mentais do domínio do funcionamento executivo determinam o comportamento orientado para um determinado objetivo, a resposta adequada a situações novas e a capacidade para a execução das AVD's (Cicerone et al., 2000 citado por Teasell et al., 2020b; Chung et al., 2013). Sendo um dos objetivos da reabilitação neurológica a independência funcional da pessoa (Araújo et al., 2021), esta área de intervenção é de extrema importância para a intervenção especializada do EEER.

As intervenções utilizadas na reabilitação da função cognitiva estão divididas em três categorias (Chung et al., 2013):

- Intervenções restauradoras, dirigidas à melhoria da função executiva (desenvolver capacidades de planejamento e organização, técnicas de resolução de problemas, aquisição de estratégias, autoconsciência e autorregulação do comportamento e iniciação de tarefas);
- Intervenções compensatórias através de estratégias internas (técnicas de auto-instrução) ou externas (escritas, tecnologia eletrônica e feedback com espelho, por exemplo) e através de procedimentos sistemáticos de resolução de problemas;
- Intervenções adaptativas (treino com uso de estratégias adaptativas que permitam à pessoa uma maior independência nas AVD's).

### ***Reabilitação da Percepção***

As alterações decorridas de distúrbios perceptivos, têm como resultado a falta de capacidade na organização, interpretação e processamento das informações visuais, táteis e cinestésicas, contribuindo para a dificuldade em agir de acordo com o que seria esperado se as informações fossem percebidas de forma correta (Teasell et al., 2020b). Segundo Kerkhoff, Rode e Clarke (2021) e Teasell et al. (2020b), os défices cognitivos neste domínio têm um impacto negativo nas AVD's, nas atividades diárias (mobilidade, orientação, exploração e leitura) e causam frequentemente restrição na participação social (conduzir, relacionamento familiar, vida social e laboral), pelo que a intervenção do EEER neste domínio é fundamental.

Embora seja previsível uma recuperação espontânea em cerca de 40% das pessoas nos primeiros dois a três meses, torna-se quase improvável a recuperação a partir dos seis meses após a lesão (Kerkhoff, Rode & Clarke, 2021; Teasell et al., 2020b), pelo que a sua abordagem deve ser incluída no plano de RC na fase aguda e subaguda.

### ***Reabilitação da Linguagem***

Os défices da linguagem afetam as atividades diárias, restringem a participação e interferem no bem-estar da pessoa (Palmer & Pauranik, 2021), motivos pelos quais a intervenção do EEER se torna fundamental, em articulação com outros profissionais de saúde.

### ***Reabilitação da Orientação***

Para melhorar os défices da orientação, segundo Varanda e Rodrigues (2017b), é importante a promoção da socialização, a repetição e a orientação da pessoa para a realidade. De forma a facilitar a última intervenção, foi construído um quadro de orientação temporo-espacial para o serviço (Apêndice VI).

A RC deve continuar para além do internamento, sendo crucial a criação de um circuito de apoio à pessoa com AVC, tendo como foco a sua recuperação, pelo que se propõe a sua continuação após a alta, em consulta especializada de RC em regime de ambulatório, complementando o programa proposto para a fase subaguda e crónica, apresentado de seguida.

### **Fase subaguda**

A fase subaguda compreende o período entre os sete dias e os três meses após AVC, na qual a evidência faz referência apenas à TR.

### ***Terapia de Reminiscência***

Sugere-se a intervenção do EEER na reabilitação subaguda do AVC, com uso da TR como complemento de outras abordagens de RC. Segundo os autores dos estudos, o programa tem a duração de um ano e as sessões são realizadas em grupo de sete a dez pessoas, em sessões de 60 minutos, uma a duas vezes por mês.

Como a RC compreende uma dinâmica interdisciplinar, propõe-se a sua realização em complementaridade com enfermeiro especialista em saúde mental e, em casos de CC moderado a grave, a realização de pedido de colaboração da Psicologia para uma avaliação neuropsicológica mais completa e uma intervenção terapêutica especializada.

Para o sucesso das sessões, é necessária a colaboração da família/cuidador para trazer objetos antigos, como álbuns de fotografias, vídeos e recortes que ajudem a recordar o passado (Cheng et al., 2021).

## **Fase crónica**

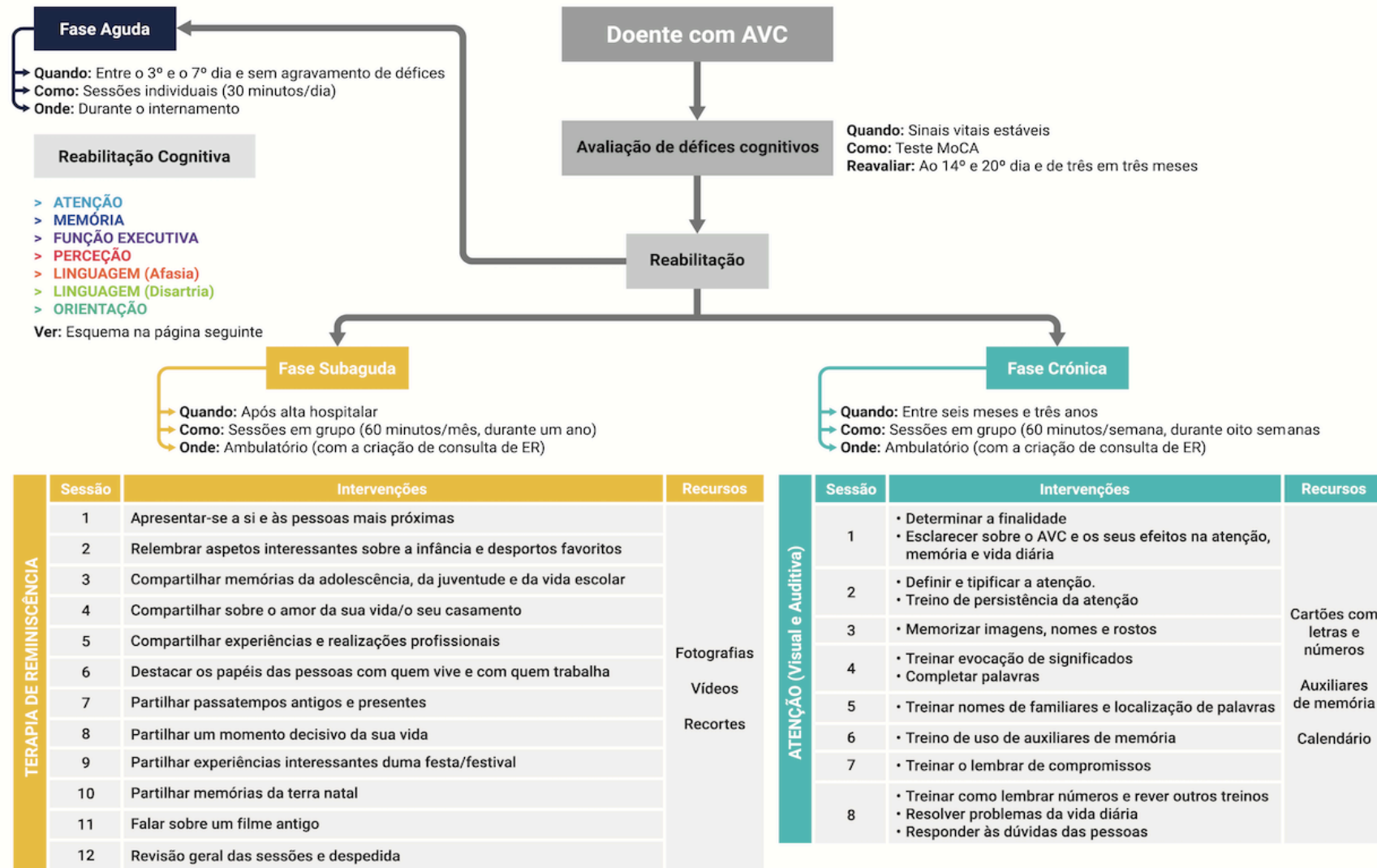
A fase crónica do AVC compreende o período superior a seis meses desde a ocorrência do AVC. A presente RIL inclui apenas um artigo que aborda a RC nesta fase e apenas dirigida ao domínio da atenção (visual e auditiva). Como a atenção é considerada a função cognitiva que afeta as demais, incorporou-se o estudo na sugestão de intervenção.

### **4.3. REAVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA**

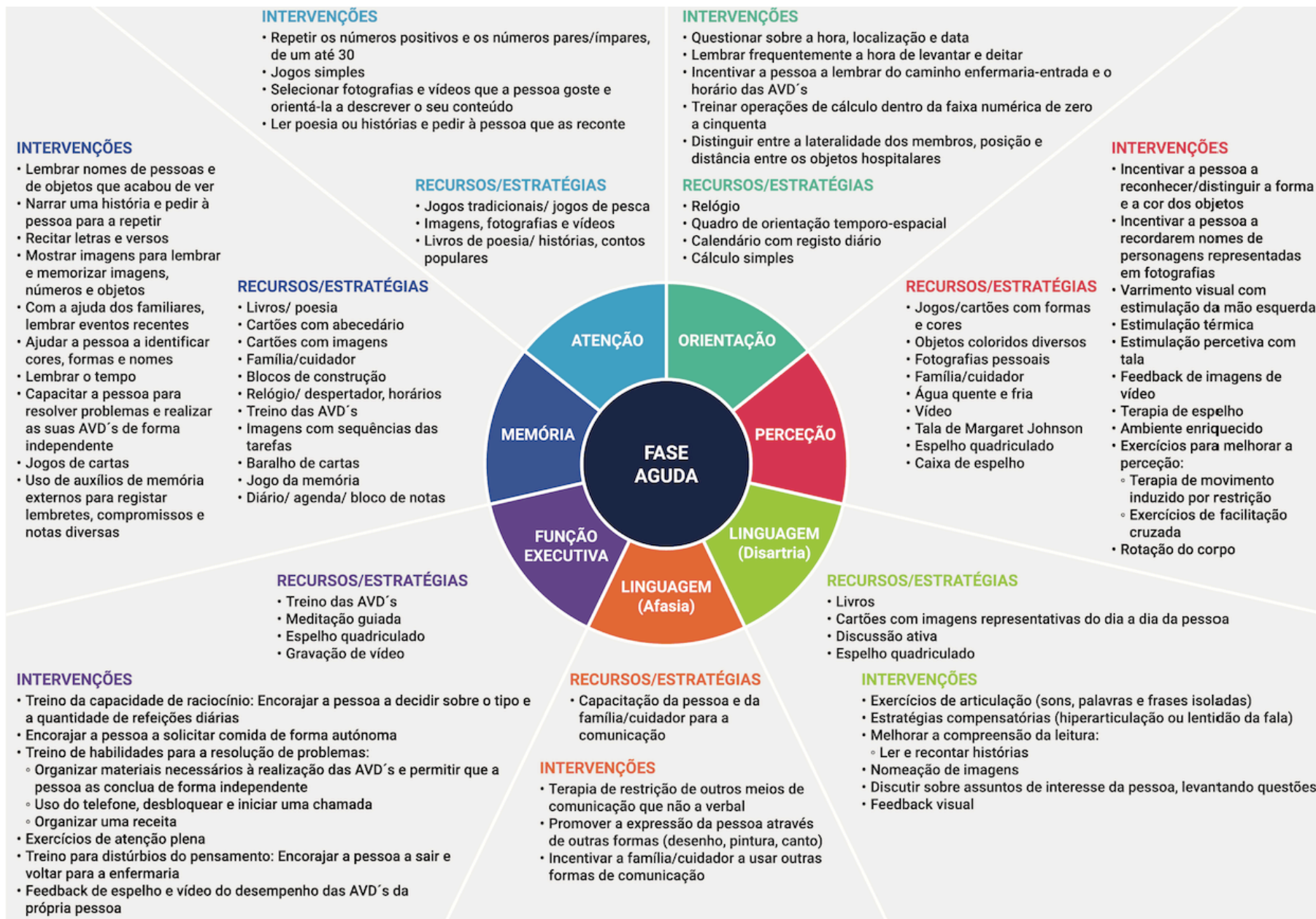
Após a implementação das intervenções de ER, avaliam-se os resultados das mesmas, em termos de reeducação funcional, otimização da função, treino e redução de risco, a par dos ganhos em saúde para a pessoa, tais como a capacitação, a autonomia e a qualidade de vida (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2019a). A reavaliação dos défices cognitivos pretende apreciar os indicadores sensíveis aos cuidados de ER especializados, “reformular objetivos, estratégias, programas e projetos”, de acordo com os resultados observados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Para operacionalizar esta fase, propõe-se a reavaliação da função cognitiva através do teste MoCA ao 14º, 20º dia numa primeira fase e, posteriormente, a cada três meses até ao final do programa.

Para melhor compreender o descrito neste capítulo, foi construído um esquema que exemplifica, de forma resumida e de fácil leitura, a proposta (figura 6).

Figura 6 Esquema representativo da proposta de intervenção de ER à pessoa com CC pós-AVC.



**Figura 6** Esquema representativo da proposta de intervenção de ER à pessoa com CC pós-AVC (continuação.)



Com a presente proposta, espera-se que a abordagem à pessoa com AVC seja sistematizada, iniciando-se pela avaliação/deteção precoce dos défices cognitivos e pela personalização da RC. Para que isso seja possível, a equipa deve estar sensibilizada e disponível para o treino da aplicação da escala MoCa e para a implementação do programa. Como forma de promover a adesão ao programa de intervenção, propõe-se realizar formação em serviço, permitir o treino da aplicação da escala referida, realizar um protocolo que inclui o programa de intervenção de ER cognitiva e exemplificar/treinar as intervenções de ER nos diferentes domínios, de acordo com os recursos disponíveis, entre outros. Como forma de verificar os resultados sugere-se, por exemplo, a realização de um estudo quantitativo com o intuito de avaliar este programa de intervenção.

Segundo orientação de Cicerone et al. (2019), as intervenções baseadas na evidência dirigidas à pessoa devem ser relevantes para a melhoria da sua funcionalidade. Assim, de forma a integrarmos a pessoa numa abordagem mais holística, a RC deve ser complementada com a reabilitação de outros domínios (motor, cardíaco, respiratório, sensorial, da alimentação; da eliminação vesical e intestinal e da sexualidade), conforme dita o Regulamento nº 392/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), não descurando o apoio emocional, psicológico e familiar, de forma a obter resultados mais positivos (van Heugten & Wilson, 2021).

Como reflexão final deste capítulo, cabe uma observação à importância da PBE, numa prestação de cuidados de ER especializados de forma individualizada, respeitando a pessoa como única e dotada de um projeto de saúde, bem como à sugestão de Winstein et al. (2016, p. e2), de que devemos ter também em atenção a experiência profissional do EEER, na qual “a arte e a ciência se cruzam”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso que agora finda foi sustentado pela necessidade de uma aprendizagem pós-graduada aquando da mudança para um serviço de Medicina, onde o EEER presta cuidados de excelência, melhora significativamente o bem-estar da pessoa e capacita para o autocuidado de forma a tornar-se o mais independente possível. Não havia forma melhor de complementar o conhecimento do que a escolha da especialidade em ER. Não houve só aprendizagem nesse sentido, mas também no de melhorar e aprimorar uma prática segura e baseada na melhor evidência.

A redação deste Relatório é a última etapa deste percurso, que se iniciou com a elaboração de um Projeto de Estágio alusivo ao tema: Reabilitação cognitiva da pessoa com AVC e pretende revelar o percurso desenvolvido ao longo do Estágio de Opção do Mestrado em ER, realizando uma análise crítico-reflexiva das atividades realizadas de forma a atingir os objetivos preconizados e as competências adquiridas.

O tema surgiu de uma motivação pessoal e profissional, junto com a necessidade de uma reabilitação global e holística da pessoa com AVC, visto que o CC leva a que esta não se realize da forma mais eficaz pois é um dos fatores condicionantes ao sucesso da aprendizagem. O EEER tem um papel fulcral neste processo, através da avaliação dos défices, na conceção e na implementação de uma proposta de intervenção com vista à melhoria dos défices instalados, de forma a reeducar a função cognitiva ou fornecer estratégias compensatórias e/ou adaptativas à pessoa, de forma a obter ganhos em saúde, através da sua capacitação para uma vida mais independente, da promoção da autonomia e da melhoria da qualidade de vida, apesar das limitações instaladas.

O Estágio aconteceu numa unidade de Neurologia onde, para além da consolidação de conhecimentos e aquisição de competências, foi possível detetar necessidades do serviço no que se refere à intervenção especializada do EEER na vertente cognitiva. Assim sendo, foi realizada uma formação em serviço aos enfermeiros sobre a escala MoCA e construída uma proposta de intervenção de cuidados de enfermagem, no qual consta um programa de RC à pessoa com AVC, dois contributos essenciais para a prática do EEER num serviço de Neurologia.

Durante o Estágio, o contacto com pessoas que apresentam limitações quer a nível físico e a nível cognitivo resultantes da ocorrência de um AVC, tornou a práxis mais desafiante e comprometeu alguns momentos de aprendizagem. No entanto, pela análise crítico-reflexiva, o balanço final deste percurso é positivo pois as atividades planeadas

foram executadas e as competências preconizadas pela OE tanto para o EE como para o EEER, a par com as competências de Mestre, foram alcançadas.

Quantos aos objetivos elencados para a produção do documento, também se consideram alcançados, na medida em que se conseguiu aprofundar o tema em estudo, fazer uma análise crítico-reflexiva das experiências proporcionadas em Estágio, colmatar as necessidades identificadas em contexto da prática e apresentar uma proposta de intervenção à pessoa com CC pós-AVC, suportada na mais recente evidência científica.

Os principais desafios sentidos ao longo do percurso prenderam-se com a in experiência da investigadora principal no decurso da RIL, que a tornou mais morosa e constituiu alguns momentos de *stress* pelo curto espaço de tempo em que decorreu o Estágio; o facto da RC não ser abordado na formação do Mestrado, pelo que se recomenda a sua abordagem pela importância do tema e prevalência crescente da problemática; a falta de consenso nas *guidelines* e diretrizes para a intervenção nos diferentes domínios cognitivos; o tempo despendido na pesquisa, na realização do estágio e na elaboração do presente documento, a par com a gestão da atividade laboral e dinâmica familiar.

Visto que a RIL apresentou várias limitações e, em linha com vários autores, a RC ainda carece de pesquisa aprofundada com estudos de qualidade, sugere-se a realização de estudos complementares nessa área, especialmente na área de intervenção do EEER para que, no futuro, se consigam delinear diretrizes sustentadas e com maior rigor e permitam a práxis clínica desses profissionais de forma mais segura e com maior qualidade.

Ao longo desta etapa da vida, a nível profissional foi-se integrando alguns conhecimentos empíricos no *knowhow* do dia-a-dia da prática clínica em todos os campos de estudo do EEER, nomeadamente na componente cognitiva, que se tornou muito atrativa.

Enquanto enfermeira generalista na atualidade, ainda não houve oportunidade de agarrar o programa de RC construído. No futuro, enquanto EEER, pretende-se a sua aplicação, com a consciência de que será uma tarefa desafiante pela problemática da gestão dos recursos humanos e materiais necessários à sua implementação, transversal a todos os serviços e, posteriormente, a realização de um estudo sobre os ganhos em saúde para a pessoa com AVC. Cabe aqui um repto aos enfermeiros gestores, de forma a intervirem junto dos superiores para se criarem condições estruturais, humanas e materiais necessárias à prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com

CC e serem impulsionadores de boas práticas, proporcionando condições nos seus serviços para que os EEER's possam implementar programas de RC dirigidos.

Após o término desta fase, pretende-se que este estudo seja difundido e que mais profissionais integrem a RC na sua prática diária, pelo que se pretende, além da divulgação em forma de artigo em revista científica, uma exposição a nível da instituição em que se presta cuidados, em reuniões de grupo de EEER's, para que se consciencializem da problemática e possam incorporar um programa de RC na sua prática diária, com o objetivo de prestar cuidados de qualidade, numa assistência individualizada e global, à pessoa com CC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abzhandadze, T., Rafsten, L., Lundgren-Nilsson, Å., & Sunnerhagen, K. (2018). Feasibility of cognitive functions screened with the Montreal Cognitive Assessment in determining ADL dependence early after stroke. *Frontiers in neurology*, 9(705). <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00705>.
- American Stroke Association [ASA]. (2022, novembro 22). *About stroke*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>.
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O. & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. **In** Ribeiro, O. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação - concepções e práticas* (pp. 164-233). LIDEL.
- Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional - a importância da formação contínua. **In** Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coordenadores), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Lusodidacta.
- Benito, G. et al. (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista brasileira de enfermagem*. 65(1), 172-178. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100025>.
- Bernhardt, J., Borschmann, K., Kwakkel, G., Burridge, J., Eng, J., Walker, M., Bird, M., Cramer, S., Hayward, K., O'Sullivan, M., Clarkson, A., Corbett, D., & SRRR2 Collaboration (2019). Setting the scene for the Second Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 14(5), 450-456. <https://doi.org/10.1177/1747493019851287>.
- Bernhardt, J., Hayward, K., Kwakkel, G., Ward, N., Wolf, S., Borschmann, K., Krakauer, J., Boyd, L., Carmichael, S., Corbett, D., & Cramer, S. (2017). Agreed defini-

tions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 12(5), 444-450. <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>.

Biblioteca Virtual em Saúde (2022, novembro 20). *Sobre o DeCS/MeSH*. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://decs.bvsalud.org/sobre-o-decs/>.

Burns, P., Rohrich, R., & Chung, K. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and reconstructive surgery*, 128(1), 305-310. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318219c171>.

Cheng, C., Fan, W., Liu, C., Liu, Y. & Liu, X. (2021). Reminiscence therapy-based care program relieves post-stroke cognitive impairment, anxiety, and depression in acute ischemic stroke patients: a randomized, controlled study. *Irish journal of medical science*, 190(1), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02273-9>.

Chung, C., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. & Hagen, S. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008391.pub2>.

Cicerone, K., Goldin, Y., Ganci, K., Rosenbaum, A., Wethe, J., Langenbahn, D., Malec, J., Bergquist, T., Kingsley, K., Nagele, D., Trexler, L., Fraas, M., Bogdanova, Y. & Harley, J. (2019). Evidence-based cognitive rehabilitation: systematic review of the literature from 2009 Through 2014. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(8), 1515–1533. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.011>.

das Nair, R., Cogger, H., Worthington, E. & Lincoln, N. (2016). Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002293.pub3>.

Decreto-Lei n.º 107/2008 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República: I série, n.º 121 (25 junho). <https://files.dre.pt/1s/2008/06/12100/0383503853.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2011a). Norma nº 053/2011: Abordagem terapêutica das alterações cognitivas. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-terapeutica-das-alteracoes-cognitivas.pdf>.

Direção Geral da Saúde (2011b). Norma nº 054/2011: Acidente vascular cerebral: prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral\\_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf).

Direção Geral da Saúde (2023, maio 25). Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - evolução nos últimos anos. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/relatorios-e-publicacoes.aspx>.

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>.

Gatens, C. & Musto, M. (2011). Cognição e comportamento. In Hoeman, S. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 551-578). Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2022). *Anuário Estatístico de Portugal - 2021*. Instituto Nacional de Estatística.

Jaywant, A., Togliola, J., Gunning, F. & O'Dell, M. (2020). Subgroups defined by the Montreal Cognitive Assessment differ in functional gain during acute inpatient stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 101(2), 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.08.474>.

- Jiang, H., Li, H., Wang, Z., Xia, X., Su, Q. & Ma, J. (2022). Effect of early cognitive training combined with aerobic exercise on quality of life and cognitive function recovery of patients with poststroke cognitive impairment. *Journal of healthcare engineering*, 2022 (9891192). <https://doi.org/10.1155/2022/9891192>.
- Kerkhoff, G., Rode, G. & Clarke, S. (2021). Treating neurovisual deficits and spatial neglect. **In** Platz, T. (Eds.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* (pp. 191-217). Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-58505-1\\_11](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-58505-1_11).
- Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º 57 (21 março). <https://files.dre.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>.
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, Diário da República: I série, n.º 169 (4 setembro). <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>.
- Leonardi, M. & Fheodoroff, K. (2021). Goal setting with ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) and multidisciplinary team approach in stroke rehabilitation. **In** Platz, T. (Eds.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* (pp. 35-56). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_10).
- Li, A., & Liu, Y. (2022). Reminiscence therapy serves as an optional nursing care strategy in attenuating cognitive impairment, anxiety, and depression in acute ischemic stroke patients. *Irish journal of medical science*, 191(2), 877–884. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02600-8>.
- Loetscher, T., Potter, K., Wong, D., & das Nair, R. (2019). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2019(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002842.pub3>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral. **In** C. Marques-Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 465-474). Lusodidacta.

- Martins, M., Faria, A., Ribeiro, O., Monteiro, M. & Reis, M. (2018). A longa transição do cliente com AVC sustentada no referencial teórico de Meleis. In Figueiredo, Machado, Martins (Org.) *Reabilitação: Nômades em busca de sentido para o cuidado da pessoa com deficiência adquirida*. (pp. 159-193). Editora CRV.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS] (2022, novembro 20). *Brain basics: preventing stroke*. <https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/brain-basics/brain-basics-preventing-stroke>.
- Nasreddine, Z. (2018a). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA) versão 8.1 portuguese (Portugal)*. <https://mocacognition.com/paper/>.
- Nasreddine, Z. (2018b). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA) versão 8.1 - instruções para a administração e cotação*. <https://mocacognition.com/paper/>.
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P., Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action plan for stroke in Europe 2018-2030. *European stroke journal*, 3(4), 309-336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>.
- O'Donoghue, M., Boland, P., Leahy, S., Galvin, R., McManus, J., Lisiecka, D. & Hayes, S. (2022). Exploring the perspectives of key stakeholders on the design and delivery of a cognitive rehabilitation intervention for people post-stroke. *PloS one*, 17(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269961>.

- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Regulamento n.º 350/2015. Diário da República: II série, n.º119 (22 de junho). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em enfermagem de reabilitação*. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 392/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Diário da República: II série, n.º 85 (3 maio). <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019c). Regulamento n.º 743/2019. *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República: II série, n.º 184 (25 setembro). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>.

- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Palmer, R. & Pauranik, A. (2021). Rehabilitation of communication disorders **In** Platz, T. (Eds.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* (pp. 175-190). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_10).
- Pashang, S., Zaer, H., Alipur, A. & Shafir-Alhoseini, M. (2021). The effectiveness of cognitive rehabilitation in improving visual and auditory attention in ischemic stroke patients. *Acta neurologica Belgica*, 121(4), 915-920. <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01288-4>.
- Platz, T. & Owolabi, M. (2021). Clinical pathways in stroke rehabilitation: background, scope, and methods. **In** Platz, T. (Eds.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation* (pp.15-34). Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-58505-1\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-58505-1_2).
- Quinn, T., Richard, E., Teuschl, Y., Gattringer, T., Hafdi, M., O'Brien, J., Merriman, N., Gillebert, C., Huyglier, H., Verdelho, A., Schmidt, R., Ghaziani, E., Forchammer, H., Pendlebury, S., Bruffaerts, R., Mijajlovic, M., Drozdowska, B., Ball, E., & Markus, H. (2021). European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *European stroke journal*, 6(3), I–XXXVIII. <https://doi.org/10.1177/23969873211042192>.
- Remington, R. (2020). Quality appraisal. **In** Toronto, C. & Remington, R. (Eds.), *A step-by-step guide to conducting an integrative review* (pp. 45-55). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>.

- Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificação e sistemas de informação. **In** Ribeiro, O. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação - concepções e práticas* (pp. 58-66). LIDEL.
- Ribeiro, O, Moura, M. & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. **In** Ribeiro, O. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação - concepções e práticas* (pp. 48-55). LIDEL.
- Sacco, R., Kasner, S., Broderick, J., Caplan, L., Connors, J., Culebras, A., Elkind, M., George, M., Hamdan, A., Higashida, R., Hoh, B., Janis, L., Kase, C., Kleindorfer, D., Lee, J., Moseley, M., Peterson, E., Turan, T., Valderrama, A., & Vinters, H. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke*, 44(7), 2064-2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>.
- Saikaley, M., Iruthayarajah, J., Mirkowski, M., Macaluso, S., Salter, K. Badour, A., Eskes, G. & Teasell, R. (2018). Cognitive rehabilitation. **In** Teasell, R. (Ed.), *Evidence based review of stroke rehabilitation (EBRSR) 19th Edition*. The Heart and Stroke Foundation Canadian Partnership for Stroke Recovery. [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%2012\\_version19.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%2012_version19.pdf).
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2016). *Tudo o que precisa saber sobre Acidente Vascular Cerebral. Manuel digital para jornalistas*. [https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf](https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf).
- Sousa, L., Marques-Vieira, C, Severino, S., Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2<sup>a</sup> Série(21), 17-26. <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf>.
- Sousa-Uva, M. & Dias, C. (2014). Prevalência de acidente vascular cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2<sup>a</sup> série(9), 12-14.

[https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3664501/Uva\\_Bol\\_Epi\\_Obs\\_2014\\_9\\_12.pdf](https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3664501/Uva_Bol_Epi_Obs_2014_9_12.pdf).

Teasell, R. & Hussein, N. (2018). *Background concepts in stroke rehabilitation*. In Teasell, R. (Ed.), *Evidence based review of stroke rehabilitation (EBRSR) 19th Edition*. The Heart and Stroke Foundation Canadian Partnership for Stroke Recovery. <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH3-NET.pdf>.

Teasell, R., Hussein, N., Saikaley, M., Iruthayarajah, J. & Longval, M. (2020b). Rehabilitation of Cognitive Impairment Post Stroke. In Teasell, R., Hussein, N., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., Longval, M. & Viana, R. (Eds.), *Stroke Rehabilitation clinician handbook*. The Heart and Stroke Foundation Canadian Partnership for Stroke Recovery. [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR%20Handbook%20Chapter%205\\_Rehab%20of%20Cognitive%20Impairment.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR%20Handbook%20Chapter%205_Rehab%20of%20Cognitive%20Impairment.pdf).

Teasell, R., Hussein, N., Viana, R., Donaldson, S. & Madady, M. (2020a). Clinical Consequences of Stroke. In Teasell, R., Hussein, N., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., Longval, M. & Viana, R. (Eds.), *Stroke Rehabilitation clinician handbook*. The Heart and Stroke Foundation Canadian Partnership for Stroke Recovery. [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%201\\_Clinical%20Consequences\\_0.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%201_Clinical%20Consequences_0.pdf).

Toronto, E. (2020). Overview of the integrative review. In Toronto, C. & Remington, R. (Eds.), *A Step-by-step guide to conducting an integrative review* (pp. 1-9). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-37504-1>.

van Heugten, C. & Wilson, B. (2021). Cognition, emotion and fatigue post-stroke. In Platz, T. (Eds.), *Clinical pathways in stroke rehabilitation* (pp. 219-242). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_12).

Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017a). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In C. Marques-Vieira, C. & Sousa,

L. (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 145-158). Lusodidacta.

Varanda, E. & Rodrigues, C. (2017b). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. **In** MarquesVieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 215-226). Loures: Lusodidacta.

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2). <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>.

Wafa, H., Wolfe, Charles., Emmett, E., Roth, G., Johnson, C. & Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. *Stroke*. 51(8). 2418-2427. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029606>.

Wang, H., Zhu, C., Liu, D., Wang, Y., Zhang, J., Wang, S., & Song, Y. (2021). Rehabilitation training improves cognitive disorder after cerebrovascular accident by improving BDNF Bcl-2 and Bax expressions in regulating the JMK pathway. *European review for medical and pharmacological sciences*, 25(10), 3807–3821. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202105\\_25949](https://doi.org/10.26355/eurrev_202105_25949).

Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., Cramer, S., Deruyter, F., Eng, J., Fisher, B., Harvey, R., Lang, C., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K., Pugh, S., Reeves, M., Richards, L., Stiers, W., Zorowitz, R. & American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), 98-169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.

World Health Organization [WHO]. (2020). *Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and Region, 2000-2019*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

World Health Organization [WHO]. (2021). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f843843448>.

Xuefang, L., Guihua, W. & Fengru, M. (2021). The effect of early cognitive training and rehabilitation for patients with cognitive dysfunction in stroke. *International journal of methods in psychiatric research*, 30(3), e1882. <https://doi.org/10.1002/mpr.1882>.

Yang, C., Zhao, J., Xie, H., Wang, H., Liu, X., Liu, H., & Liu, L. (2021). Effects of early rehabilitation nursing intervention on nerve function and daily living in patients with stroke hemiplegia. *American journal of translational research*, 13(10), 11842-11850. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8581919/>.

## **ANEXOS**

## **Anexo I - Escala de Coma de Glasgow**

# ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

GCS EYES  
VERBAL  
MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



## VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



## OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



## ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta  
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



## PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

### Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

### Resposta Verbal

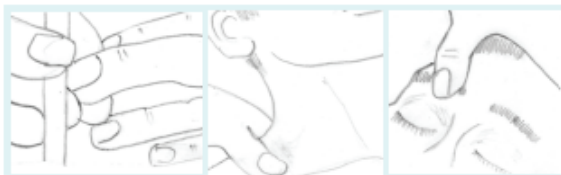
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

### Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

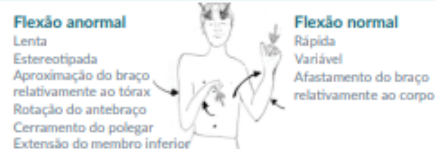
### Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos    Pinçamento do trapézio    Incisura supraorbitária



### Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt 2004 Ned Tijdschr Geneesk



Para informação adicional e demonstração em vídeo visite [www.glasgowcomascale.org](http://www.glasgowcomascale.org)

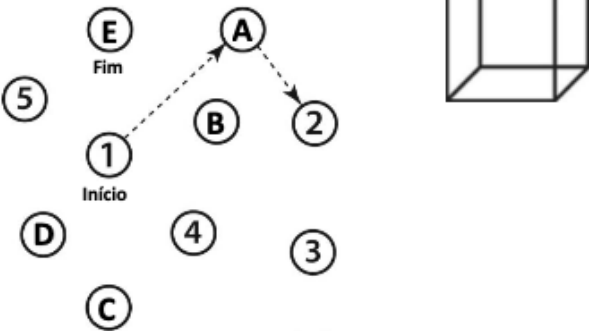
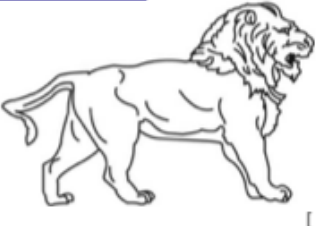
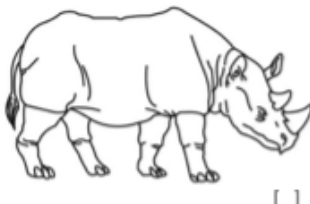
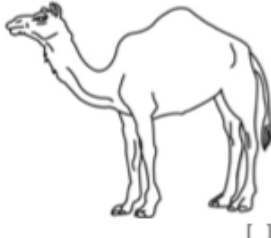
Graphic design by Margaret Pez based on layout and illustrations from Medical Illustration M1 - 268093  
(c) St Graham Teasdale 2015

Fonte: Teasdale, G. (2015). Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>.

## **Anexo II - Teste Montreal Cognitive Assessment**

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)**  
Versão 8.1 Portuguesa (Portugal)

Nome: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ DATA DE AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

<b>VISUOESPACIAL / EXECUTIVA</b>							Copiar o cubo Desenhar um RELÓGIO (onze e dez) (3 pontos)			PONTUAÇÃO		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Contorno      Números      Ponteiros ___/5		
<b>NOMEAÇÃO</b>												
										<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	___/3	
<b>MEMÓRIA</b>		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde					BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	SEM PONTUAÇÃO
		1º ENSAIO _____ 2º ENSAIO _____										
<b>ATENÇÃO</b>		Leia a sequência de números (1 número/segundo)					O sujeito deve repetir a sequência em sentido direto. [ ] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso. [ ] 7 4 2					___/2
		Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros					[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___/1
		Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65					4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos.					___/3
<b>LINGUAGEM</b>		Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [ ] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala [ ]										___/2
		Fluência verbal / Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" [ ] _____ (N ≥ 11 palavras)										___/1
<b>ABSTRAÇÃO</b>		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [ ] comboio - bicicleta [ ] relógio - régua										___/2
<b>EVOCAÇÃO DIFERIDA</b>							BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
Índice de Memória (IM)		Deve recordar as palavras SEM PISTAS					[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
		Pista de categoria										
		Pista de escolha múltipla										IM = ___ / 15
<b>ORIENTAÇÃO</b>		[ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia de semana [ ] Lugar [ ] Localidade										___/6
© Z. Nasreddine MD Administrado por: _____		www.mocatetest.org					IM: /15 (Normal ≥ 26/30)					
É necessária formação e certificação para garantir a exatidão		Adicionar 1 ponto se ≤ 12º ano de escolaridade					TOTAL					___/30

**ANEXO III - Territórios arteriais e manifestações clínicas do AVC isquêmico**

Território carotídeo	Território vértebro-basilar
<p><i>Artéria central da retina</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cegueira ipsilateral</li> <li>- Amaurose fugaz ipsilateral</li> </ul>	<p><i>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desequilíbrio, ataxia</li> <li>- Nistagmo</li> <li>- Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados</li> <li>- Disartria</li> <li>- Disfagia, soluços</li> <li>- Coma</li> <li>- Síndromes alternas</li> <li>- Parésias e/ou alterações da sensibilidade</li> </ul>
<p><i>Artéria cerebral anterior</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome frontal</li> <li>- Parésia do membro inferior contralateral</li> <li>- Afasia transcortical (hemisfério esquerdo)</li> </ul>	
<p><i>Artéria coroideia anterior</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemiparésia contralateral</li> <li>- Hemi-hipostesia contralateral</li> <li>- Hemianopsia contralateral</li> </ul>	
<p><i>Artéria cerebral média</i></p> <p><u>Todo o território</u> - hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial, desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito).</p> <p><u>Ramos ântero-superiores</u> - hemiparésia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito).</p> <p><u>Ramos póstero-inferiores</u> - afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral.</p> <p><u>Ramos profundos</u> - hemiparésia e hemi-hipostesia contralateral.</p>	<p><i>Artéria cerebral posterior:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemianopsia e hemi-hipostesia contralateral</li> <li>- Alexia sem agrafia, agnosia para as cores e agnosia visual (hemisfério esquerdo)</li> <li>- Prosopagnosia (hemisfério direito)</li> </ul>

Fonte: Menoita (2012, p. 18)

**ANEXO IV - Principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico**

Hemorragia subaracnoideia	Hemorragia intracerebral
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefaleia súbita desencadeada por um esforço</li> <li>- Náuseas e vômitos</li> <li>- Alterações da vigília</li> <li>- Sinais de irritação meníngea</li> </ul>	<p><i>Hemisférica profunda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemiparésia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia, náuseas e vômitos, deterioração progressiva da vigília</li> </ul> <p><i>Hemisférica lobar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemianopsia, neglect, défices visuo-espaciais, cefaleias.</li> </ul> <p><i>Cerebelo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas e vômitos, cefaleias, impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem</li> </ul> <p><i>Protuberância</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tetraparésia, pupilas mióticas, coma</li> </ul>

Fonte: Menoita (2012, p.19)

**Anexo V - Guia de instruções para a administração e cotação do teste MoCA**

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)**  
**Versão 8.1**

**Instruções para a Administração e Cotação**

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) foi concebido como um instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: função executiva; capacidade visuoespacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; e orientação temporal e espacial. O MoCA pode ser administrado por qualquer pessoa que compreenda e siga as instruções. No entanto, apenas um profissional de saúde com experiência na área cognitiva pode interpretar os resultados. O tempo de administração é de aproximadamente 10 minutos. A pontuação máxima é de 30 pontos; uma pontuação igual ou superior a 26 é considerada normal.

Todas as instruções podem ser repetidas uma vez.

**1. Alternância Conceptual (Trail Making Test - Parte B adaptado):**

Administração: O examinador apresenta as seguintes instruções ao sujeito: “Desenhe uma linha, alternando entre números e letras, por ordem ascendente. Comece aqui [apontar para o número (1)] e desenhe uma linha do número 1 até à letra A e, em seguida, até ao número 2, e por aí adiante. *Termine aqui* [apontar a (letra E)].”

Cotação: Atribuir 1 ponto se o sujeito desenhar com sucesso a seguinte sequência: 1- A- 2- B- 3- C- 4- D- 5- E, sem desenhar qualquer linha cruzada. Atribuir 0 pontos se o sujeito não corrigir imediatamente um erro (ou seja, se não corrigir antes de avançar para a tarefa do Cubo). Não atribuir pontos se o sujeito desenhar uma linha a ligar o fim (letra E) ao início (número 1).

**2. Capacidades Visuoconstrutivas (Cubo):**

Administração: O examinador apresenta as seguintes instruções, apontando para o cubo: “*Copie este desenho do modo mais parecido que conseguir*”.

Cotação: Atribuir 1 ponto se a figura for desenhada corretamente.

- O desenho deve ser tridimensional.
- Estão desenhadas todas as linhas.
- Todas as linhas estão ligadas ou existe pouco espaço entre elas.
- Não são acrescentadas linhas.
- As linhas são relativamente paralelas e aproximadamente do mesmo comprimento (são aceitáveis prismas retangulares).
- A orientação do cubo no espaço deve ser mantida.

Atribuir 0 pontos se não forem respeitados todos os critérios anteriormente assinalados.

**3. Capacidades Visuoconstrutivas (Relógio):**

Administração: O examinador deve assegurar que o sujeito não olha para o seu relógio enquanto realiza esta tarefa e que não há relógios à vista do sujeito. Assinalando o espaço adequado, o examinador apresenta as seguintes instruções: “*Desenhe um relógio. Coloque todos os números no relógio e, no final, marque 11 horas e 10.*”

**Cotação:** Atribuir 1 ponto por cada um dos três critérios seguintes:

- **Contorno (1 pt.):** O contorno do relógio deve ser desenhado (em forma de círculo ou quadrado). Apenas são permitidas pequenas distorções (p. ex., uma leve deformação de fechamento do círculo). Se os números estiverem dispostos em círculo, mas o contorno não for desenhado, o contorno é pontuado como incorreto.
- **Números (1 pt.):** Todos os números do relógio devem estar presentes, sem números adicionais. Os números devem estar na ordem correta, na vertical e colocados de forma adequada, nos quadrantes do mostrador do relógio. São aceitáveis números romanos. Os números devem estar dispostos em círculo (mesmo se o contorno for um quadrado). Todos os números devem estar colocados no interior ou exterior do contorno do relógio. Se o sujeito colocar alguns números no interior e outros no exterior do contorno do relógio, são atribuídos 0 pontos para Números.
- **Ponteiros (1 pt.):** Devem estar presentes dois ponteiros a indicar a hora correta. O ponteiro das horas deve ser claramente mais pequeno que o ponteiro dos minutos. Os ponteiros devem estar centrados no mostrador do relógio e o ponto de junção dos ponteiros deve estar colocado aproximadamente no centro do relógio.

#### 4. **Nomeação:**

**Administração:** Começando da esquerda para a direita, o examinador aponta para cada animal e diz: *“Diga-me o nome deste animal.”*

**Cotação:** Atribuir 1 ponto por cada uma das seguintes respostas: (1) leão; (2) rinoceronte; (3) camelo ou dromedário.

#### 5. **Memória:**

**Administração:** O examinador lê uma lista de 5 palavras, ao ritmo de uma palavra por segundo, apresentando as seguintes instruções: *“Isto é um teste de memória. Eu vou ler uma lista de palavras que deve memorizar. Escute com atenção! Quando eu terminar, vou pedir-lhe que diga todas as palavras de que se consegue lembrar. Pode dizê-las pela ordem que quiser.”* O examinador assinala com um visto, no local apropriado, as palavras que o sujeito consegue evocar no primeiro ensaio. O examinador não pode corrigir o sujeito caso este diga uma palavra distorcida ou uma palavra que seja próxima da palavra pretendida. Quando o sujeito indicar que terminou (lembrou-se de todas as palavras) ou quando não conseguir lembrar-se de mais palavras, o examinador volta a ler a lista de palavras, com as seguintes instruções: *“Agora vou ler novamente a mesma lista de palavras. No final, tente recordar-se e dizer-me o maior número de palavras que conseguir, incluindo as palavras que repetiu da primeira vez”.* O examinador assinala com um visto, no local apropriado, as palavras que o sujeito consegue evocar no segundo ensaio. No final do segundo ensaio, o examinador informa o sujeito que deverá memorizar estas palavras, dizendo: *“Peço-lhe que memorize estas palavras. Irei pedir que as repita, de novo, no final do teste”.*

**Cotação:** Os Ensaio 1 e 2 não são pontuados.

#### 6. **Atenção:**

**Sequência numérica em sentido direto:** O examinador dá as seguintes instruções: *“Vou dizer-lhe alguns números. Quando acabar, quero que repita esses números pela mesma ordem que eu os disse.”* O examinador lê a sequência de 5 dígitos, ao ritmo de um dígito por segundo.

**Sequência numérica em sentido inverso:** O examinador dá as seguintes instruções: *“Agora*

*vou dizer-lhe mais alguns números. Quando acabar, quero que repita esses números na ordem inversa.*” O examinador lê a sequência de 3 dígitos, ao ritmo de um dígito por segundo. Se o sujeito repetir a sequência no sentido direto, o examinador não pode voltar a pedir ao sujeito que repita a sequência no sentido inverso.

**Cotação:** Atribuir 1 ponto por cada sequência repetida corretamente (Nota: a resposta correta no ensaio da sequência numérica em sentido inverso é 2-4-7).

**Concentração: Administração:** O examinador lê uma série de letras, ao ritmo de uma letra por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: *“Vou ler várias letras. Sempre que eu disser a letra A, bata com a mão na mesa. Quando eu disser uma outra letra diferente, não bata com a mão.”*

**Cotação:** Atribuir 1 ponto se não houver erros, ou houver apenas um erro (considera-se erro quando o sujeito bate com a mão sendo a letra dita errada – outra letra que não A; ou quando o sujeito não bate com a mão, tendo sido dita a letra A).

**Subtração em sequência de 7: Administração:** O examinador apresenta as seguintes instruções: *“Agora vou pedir-lhe que me diga quanto é 100 menos 7 e, depois, continue a tirar 7 ao número que deu como resposta, até eu lhe dizer para parar.”* O sujeito tem de efetuar o cálculo mentalmente, não podendo contar com os dedos ou usar papel e lápis para realizar a tarefa. O examinador não pode repetir as respostas do sujeito. Se o sujeito perguntar qual foi a sua última resposta ou qual é o número que tem de subtrair da resposta, o examinador deve responder repetindo as instruções, caso ainda não o tenha feito.

**Cotação:** Nesta prova, a pontuação máxima possível é de 3 pontos. Atribuir 0 pontos se nenhuma subtração estiver correta; 1 ponto por uma subtração correta; 2 pontos por duas ou três subtrações corretas; e 3 pontos por quatro ou cinco subtrações corretas. Cada subtração é avaliada individualmente, isto é, se o sujeito comete um erro de subtração, mas depois faz subtrações de 7 corretas, a partir do número que dá como resposta, é atribuída pontuação a essas respostas. Por exemplo, um sujeito responde “92 – 85 – 78 – 71 – 64”; a resposta “92” é incorreta, mas os números seguintes foram corretamente subtraídos. Há um erro, e a tarefa deve ser pontuada com 3 pontos.

## **7. Repetição de frases:**

**Administração:** O examinador dá as seguintes instruções: *“Agora vou ler uma frase. Quero que a repita, tal como eu a disser [pausa]: **Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.**”* Depois de o sujeito responder, o examinador diz: *“Agora vou ler outra frase. Quero que a repita, tal como eu a disser [pausa]: **O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.**”*

**Cotação:** Atribuir 1 ponto por cada frase repetida corretamente. A repetição deve ser exata. O examinador deve prestar atenção aos erros por omissão (p. ex., omitir “hoje” ou “só”), substituição/adição (p. ex., trocar “sempre que” por “quando” ou dizer “na sala de jantar”), erros gramaticais/plurais (p. ex., dizer “devemos de ajudar” ou “os cães entra”), etc.

## **8. Fluência Verbal Fonémica**

**Administração:** O examinador apresenta as seguintes instruções: *“Agora vou pedir-lhe que diga o maior número possível de palavras que se lembrar, que comecem pela letra P. Vou dizer-lhe para parar ao fim de um minuto. Não pode usar nomes próprios, números nem diferentes formas de um verbo. Percebeu? [Pausa] [Tempo: 60 segundos] Pare!”* Se o sujeito disser duas palavras consecutivas que comecem com outra letra do alfabeto, o examinador

deve repetir a letra pretendida, caso ainda não tenha repetido as instruções.

**Cotação:** Atribuir 1 ponto se o sujeito disser 11 ou mais palavras em 60 segundos. O examinador regista as respostas do sujeito na margem ou no verso da folha de teste.

### **9. Abstração (Semelhanças):**

**Administração:** O examinador pede ao sujeito que diga o que têm em comum dois elementos apresentados, ilustrando com o seguinte exemplo: *“Diga-me agora em que são semelhantes [pausa]: uma banana e uma laranja?”* Se o sujeito dá uma resposta correta, o examinador deve dizer: *“Sim, ambas são frutos.”* Se o sujeito dá uma resposta concreta (p. ex., têm casca), o examinador dá uma ajuda, dizendo: *“Diga-me em que mais são semelhantes uma banana e uma laranja?”* Se o sujeito não dá uma resposta adequada (são frutos/fruta), o examinador deve dizer: *“Sim, e ambas são frutos.”* Não dar pistas ou instruções suplementares.

Depois do ensaio (item de treino), o examinador diz: *“Agora diga-me, em que são semelhantes um comboio e uma bicicleta?”* Após a resposta do sujeito, o examinador deve perguntar: *“E em que são semelhantes um relógio e uma régua?”* O examinador pode dar apenas uma ajuda (para toda a secção de abstração) caso não o tenha feito durante o exemplo.

**Cotação:** Apenas os dois últimos itens são cotados (o item de treino não é cotado). Atribuir 1 ponto por cada item corretamente respondido. São aceitáveis as seguintes respostas:

- comboio / bicicleta: p. ex.: meios de transporte, veículos, meios de locomoção, para viajar, servem para as pessoas se deslocarem, servem para levar as pessoas ao seu destino.
- régua / relógio: p. ex.: instrumentos de medição, para medir, para marcar (tempo e distâncias), têm escala.

As seguintes respostas **não** são aceitáveis:

- comboio / bicicleta: p. ex.: andam, têm rodas, têm banco, têm condutor, são feitos de metal, levam pessoas, etc.
- régua / relógio: p. ex.: têm números, servem para bater (régua serve para bater na mão, na escola, e relógio bate as horas), são espalmados, são retangulares, começam pela letra “r”, etc.

### **10. Evocação diferida:**

**Administração:** O examinador dá as seguintes instruções: *“Li há pouco uma lista de palavras. Pedí-lhe que a memorizasse para repetir mais tarde. Agora, diga todas as palavras que conseguiu recordar.”* O examinador assinala com um visto (✓), no local apropriado, todas as palavras que o sujeito evoca sem a ajuda de pistas.

**Cotação:** Atribuir 1 ponto por cada uma das palavras recordadas espontaneamente, sem qualquer pista.

#### **Índice de Memória (IM):**

**Administração:** Após o ensaio de evocação diferida espontânea, o examinador apresenta uma pista de categoria (semântica) para cada palavra que o sujeito não conseguiu recordar. Exemplo: *“Vou dar-lhe algumas pistas para tentar ajudar a recordar as palavras. A primeira palavra era uma parte do corpo.”* Se o sujeito não conseguir recordar a palavra com a pista de categoria, o examinador apresenta uma pista de escolha múltipla. Exemplo: *“Qual das seguintes palavras*

*acha que era: NARIZ, BOCA ou MÃO?” O examinador deve ajudar o sujeito a recordar todas as palavras não evocadas desta forma. O examinador identifica as palavras que o sujeito conseguiu recordar com a ajuda de uma pista (de categoria ou escolha múltipla) colocando um visto (✓) no local apropriado. As pistas para cada palavra estão apresentadas no quadro que se segue:*

Palavra-alvo	Pista de categoria	Escolha múltipla
BOCA	parte do corpo	nariz, boca, mão (ombro, perna)
LINHO	tipo de tecido	lã, algodão, linho (nylon, seda)
IGREJA	tipo de edifício	igreja, escola, hospital (biblioteca, centro comercial)
CRAVO	tipo de flor	rosa, cravo, tulipa (lírio, narciso)
AZUL	cor	azul, vermelho, verde (amarelo, roxo)

\* As palavras entre parêntesis devem ser utilizadas se o sujeito mencionar uma ou duas palavras da pista de escolha múltipla durante a pista de categoria.

**Cotação:** Para determinar o IM (que é um subresultado), o examinador atribui pontos consoante o tipo de evocação (ver quadro em baixo). A utilização de pistas fornece informações clínicas sobre a natureza dos défices de memória. Quando se trata de dificuldades de recuperação de informação, o desempenho pode melhorar graças às pistas. No caso de dificuldades no processo de codificação, as pistas não melhoram o desempenho.

Cotação do IM				Total
Número de palavras evocadas espontaneamente	...	multiplicado por	3	...
Número de palavras recordadas com uma pista de categoria	...	multiplicado por	2	...
Número de palavras recordadas com uma pista de escolha múltipla	...	multiplicado por	1	...
<b>IM Total (somar todos os pontos)</b>				<b>---/15</b>

## 11. Orientação:

**Administração:** O examinador dá as seguintes instruções: “*Diga-me qual é a data de hoje?*”. Se o sujeito der uma resposta incompleta, o examinador diz: “*Diga o [ano, mês, dia do mês (data) e o dia da semana].*” A seguir, o examinador diz: “*Diga como se chama o lugar onde estamos agora e em que [cidade/vila/aldeia] nos encontramos.*”

**Cotação:** Atribuir 1 ponto por cada item corretamente respondido. O sujeito deve saber a data exata e o local exato (hospital, clínica, consultório, etc.). Atribuir 0 pontos se o sujeito errar o dia e a data por um dia.

**PONTUAÇÃO TOTAL:** Somar todos os pontos assinalados na margem direita. Somar um ponto se o sujeito tiver 12 anos de escolaridade ou menos, para obter uma pontuação máxima possível de 30 pontos. Uma pontuação total final de 26 pontos ou superior é considerada normal.

*Consultar o website do MoCA em [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org) para obter mais informações sobre o MoCA.*

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I - Projeto de Estágio**

Escola Superior de Saúde de Santa Maria  
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
3º Semestre



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

Sandra Loureiro

Porto, novembro de 2022



Escola Superior de Saúde de Santa Maria  
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
3º Semestre



Escola Superior  
Saúde  
Santa Maria

## **PROJETO DE ESTÁGIO**

**Unidade Curricular “Opção Estágio com Relatório”**

**Realizado por:**

Sandra Loureiro n° 20210479

**Docente Orientadora:**

Professora Doutora Tânia Rodrigues

**Docente Co-orientadora:**

Professora Patrícia Araújo

**Tutora:**

EEER do serviço de Neurologia

Porto, novembro de 2022



## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diárias
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
ESSSM	Escola Superior de Saúde Santa Maria
MoCA	Montreal Cognitive Assessment



<b>ÍNDICE</b>	<b>página</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. OBJETIVOS A ATINGIR E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER .....</b>	<b>11</b>
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	11
1. 1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	11
2. 1.1.2. Domínio da melhoria da qualidade .....	14
3. 1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados .....	16
4. 1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	17
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	19
1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	24
<b>2. HORÁRIO PROPOSTO .....</b>	<b>27</b>
<b>3. CRONOGRAMA .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Opção Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Alto Tâmega, foi elaborado o presente documento que pretende ser um guia orientador do estágio a realizar num serviço de Neurologia de um centro hospitalar do Norte de Portugal. O presente projeto de estágio pretende ser um fio condutor do mesmo e da redação do Relatório final.

Com o presente projeto, em contexto de ensino clínico hospitalar, pretende-se orientar o objeto de estudo de interesse pessoal e profissional, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na área da reabilitação neurológica à pessoa com acidente vascular cerebral (AVC), particularmente na vertente da reabilitação cognitiva.

Os objetivos gerais preconizados pela escola são os seguintes:

- Desenvolver um processo de reflexão sobre a atividade profissional desenvolvida na área de especialização da enfermagem de reabilitação (ER) neurológica;
- Descrever e analisar o desenvolvimento das competências de EEER na prática, com método e rigor científico.

O presente documento inclui as competências e os objetivos que se pretende adquirir no decorrer do presente estágio, assim como as estratégias e recursos necessários à sua concretização; o horário previsto durante o presente mês; o cronograma e as referências bibliográficas que suportam o documento.

A metodologia utilizada para a elaboração do documento é a metodologia descritiva.



## 1. OBJETIVOS A ATINGIR E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

O estágio decorrerá no período de 7 de novembro a 16 de dezembro, no serviço de Neurologia de um Centro Hospitalar do norte do país, num total de 100 horas presenciais, tendo como tutora uma EEER do serviço.

Os objetivos pessoais que se pretendem alcançar foram delineados tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) e o Decreto-Lei nº 107/2008 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2008), que regula a atribuição do grau académico de Mestre. Em seguida expõem-se as competências e objetivos específicos elencados, assim como as atividades/estratégias, os recursos necessários para a sua concretização e os indicadores e critérios de avaliação.

### 1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

#### 1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

##### **Competência:**

*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*

*Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*

##### **Objetivo Específico 1:**

- Desenvolver uma prática segura, profissional, ética e legal agindo de acordo com as normas, os princípios éticos e a deontologia profissional, que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

### **Quadro 1**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 1*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Prática de cuidados baseada no respeito pelos direitos humanos e assente nos princípios éticos, valores e normas deontológicas da profissão</li><li>- Desenvolvimento de plano de cuidados individualizados em conjunto com a pessoa/família/prestador de cuidados, com respeito pelos seus valores, ideais, costumes e crenças</li><li>- Avaliação dos resultados da tomada de decisão</li><li>- Colaboração nas decisões da equipa interdisciplinar</li><li>- Reflexão das situações vivenciadas em estágio e das tomadas de decisão, promovendo o desenvolvimento da prática especializada</li></ul>
<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolve uma prática assente na deontologia profissional</li><li>- Reconhece a pessoa como única, respeitando os seus direitos fundamentais</li><li>- Promove o respeito pela pessoa, mantendo a confidencialidade e a segurança da sua informação clínica</li><li>- Promoção do exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.</li><li>- Efetiva as reflexões da prática no dia-a-dia com a tutora e na redação do Relatório</li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pessoa/família/prestador de cuidados</li><li>- Equipa interdisciplinar e EEER tutora</li><li>- Professora orientadora e coorientadora da ESSSM</li><li>- Processo clínico</li><li>- Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</li><li>- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (Código Deontológico)</li></ul>

### **Objetivo Específico 2:**

- Integrar a dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço de Neurologia.

#### **Quadro 2**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 2.*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevistas informais e observação direta da equipa de enfermagem e interdisciplinar em contexto de trabalho (método de trabalho da equipa de enfermagem, papel de cada interveniente na equipa interdisciplinar, dinâmica do serviço, papel do EEER na prestação de cuidados ao utente do foro neurológico, entre outros);</li><li>- Visita às instalações do serviço para perceção da estrutura, funcionamento e organização do mesmo;</li><li>- Exploração dos recursos materiais existentes/equipamento necessário à prestação de cuidados diferenciados;</li><li>- Leitura de normas e protocolos do serviço ou outros documentos relevantes, de forma a agir em conformidade com os mesmos;</li><li>- Utilização de recursos existentes de forma correta e adequada ao procedimento;</li><li>- Colaboração com os membros da equipa interdisciplinar;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas sempre que pertinente.</li></ul>

## Quadro 2

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 2 (continuação).*

<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realiza entrevistas informais à enfermeira EEER tutora do estágio e outros profissionais da equipa</li><li>- Conhece e descreve a dinâmica funcional, estrutural e organizacional do serviço de Neurologia</li><li>- Integra as rotinas, respeita as normas e os protocolos pertinentes na prestação de cuidados</li><li>- Realização de visita às instalações do serviço e exploração dos materiais existentes</li><li>- Consulta de documentos sobre hierarquia e organigrama funcional do serviço</li><li>- Observação da dinâmica funcional do serviço, projetos e atividades<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação do projeto de estágio à enfermeira chefe, EEER tutora e demais interessados</li></ul></li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Guião e Projeto do Estágio</li><li>- Recursos humanos, físicos e materiais do serviço</li><li>- Página da intranet do centro hospitalar, normas, protocolos e outros documentos institucionais</li><li>- Projetos implementados e em desenvolvimento</li></ul>

### 1.1.2. Domínio da melhoria da qualidade

#### **Competência:**

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

*Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua*

*Garante um ambiente terapêutico e seguro*

**Objetivo Específico 3:**

- Promover a integração/mobilização de saberes e competências técnicas e científicas na área da prestação de cuidados à pessoa com alterações cognitivas resultantes de um AVC.

**Quadro 3**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 3*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa/família/prestador de cuidados;</li><li>- Aprofundar de conhecimentos com desenvolvimento de competências na área neurológica, com ênfase na componente cognitiva;</li><li>- Mobilização de saberes teórico-práticos para a conceção de planos individualizados e prestação de cuidados à pessoa acometida por um AVC, com alterações do foro cognitivo;</li><li>- Colaborar em projetos de melhoria contínua para o serviço;</li><li>- Fundamentar a prática baseada na evidência.</li></ul>
<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Fomenta a prática baseada na evidência</li><li>- Identifica oportunidades de melhoria</li><li>- Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais como parte das perceções de segurança da pessoa</li><li>- Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos</li></ul>

### Quadro 3

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 3 (continuação)*

<b>Recursos</b>
- Orientadora e Coorientadora da escola - Revisão da literatura (bases de dados científicas, livros, apontamentos das aulas) - Reflexão crítica com a EEER tutora e com a equipa interdisciplinar.

#### 1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

##### **Competência:**

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

*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*

##### **Objetivo Específico 4:**

- Garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

### Quadro 4

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 4*

<b>Estratégia/Atividades</b>
- Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão - Supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade das mesmas Otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos existentes

#### Quadro 4

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 4 (continuação)*

<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar</li><li>- Reconhece quando deve referenciar a pessoa a outros profissionais de saúde</li><li>- Utiliza técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar e avalia a execução das mesmas</li><li>- Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade</li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisão da literatura (bases de dados científicas, livros, apontamentos das aulas)</li><li>- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros.</li></ul>

#### **1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

##### **Competência:**

*Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*

*Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*

##### **Objetivo Específico 5:**

- Suportar a prática clínica em evidência científica.

### **Quadro 5**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 5.*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Adquirir estratégias e desenvolver a capacidade de tomada de decisão na prestação de cuidados especializados de reabilitação</li><li>- Gerir os cuidados de acordo com o tempo, atendendo a prioridades em função das necessidades das pessoas e dos recursos humanos e materiais existentes no serviço</li><li>- Demonstrar interesse, tomar a iniciativa e fazer reflexão/discussão crítica construtiva</li><li>- Aplicar conhecimentos e técnicas, de acordo com a melhor evidência, na prática de enfermagem especializada</li><li>- Prestar cuidados com responsabilidade profissional, ética e legal, num processo de melhoria contínua da qualidade</li><li>- Desenvolver aprendizagens profissionais e adquirir capacidades relacionais/comunicacionais como futuro enfermeiro de reabilitação</li><li>- Gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional</li></ul>
<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais</li><li>- Gere sentimentos e emoções</li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Revisão da literatura</li><li>- Reflexão crítica</li><li>- Estratégias de Coping</li></ul>

## 1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### **Competência**

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

### **Objetivo Específico 6:**

- Desenvolver competências de avaliação neurológica, principalmente na área cognitiva e reconhecer alterações que determinem limitações/incapacidades na pessoa.

### **Quadro 6**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 6*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar a colheita de dados e avaliação inicial através da entrevista com a pessoa/família/prestador de cuidados e consulta do processo clínico;</li><li>- Identificar e aplicar os instrumentos de avaliação adequados;</li><li>- Realizar o exame físico neurológico, incluindo as funções cognitivas;</li><li>- Identificar as necessidades de intervenção a partir dos dados obtidos.</li></ul>

## Quadro 6

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 6 (continuação)*

<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida adequadas</li><li>- Avalia o risco de alteração da funcionalidade da pessoa acometida por um AVC para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente</li><li>- Diagnostica precocemente as respostas humanas desadequadas e identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar as funções alteradas.</li><li>- Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e/ou incapacidade.</li><li>- Avalia o impacto que a alteração da capacidade funcional tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, com ênfase na funcionalidade e autonomia.</li><li>- Utiliza informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde com vista a consecução do projeto de saúde da pessoa.</li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Recursos humanos e materiais específicos para a prática especializada</li><li>- Revisão de literatura</li><li>- Reflexão crítica com a EEER tutora e equipa multidisciplinar</li><li>- Instrumentos de avaliação de necessidades, incluindo o Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</li><li>- Processo clínico</li></ul>

### **Objetivo Específico 7:**

- Prestar cuidados de ER individualizados e especializados à pessoa acometida por um AVC, de acordo com as necessidades reais e potenciais da pessoa, que permitam compensar ou recuperar os défices identificados.

### **Objetivo Específico 8:**

Desenvolver autonomia na prestação de cuidados de reabilitação especializados ao utente com défices/alterações do foro neurológico.

#### **Quadro 7**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir os objetivos específicos 7 e 8*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Conceber, implementar e monitorizar plano de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados e personalizados e os registos necessários à continuidade de cuidados, com base na linguagem internacional aplicada aos cuidados de enfermagem - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).</li><li>- Definir resultados esperados e objetivos a atingir</li><li>- Implementar intervenções especializadas no âmbito da reabilitação cognitiva na fase aguda, no planeamento da alta e na continuidade de cuidados</li><li>- Executar com rigor os procedimentos e técnicas aprendidas em contexto teórico e teórico-prático, atendendo às necessidades da pessoa, aos princípios de ergonomia e ao contexto domiciliar.</li><li>- Ensinar/Instruir/Treinar a pessoa para o autocuidado, ajudas técnicas, materiais de apoio e precauções de segurança.</li><li>- Executar os registos relativos ao processo de enfermagem de reabilitação do utente no SClínico®.</li><li>- Capacitar e instruir a pessoa para identificar e prevenir fatores de risco cerebrovasculares modificáveis para que tenha um papel ativo na gestão da sua doença.</li><li>- Promover processos de readaptação funcional, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio e produtos de apoio.</li><li>- Promover processos de reeducação funcional que promovam a maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa.</li><li>- Avaliar e registar a evolução da pessoa, de acordo com os resultados esperados, verificando a eficácia dos cuidados prestados e reformular/ajustar sempre que necessário</li></ul>

### **Quadro 7**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir os objetivos específicos 7 e 8 (continuação)*

<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Discute as alterações funcionais com a pessoa/família/prestador de cuidados e define em conjunto as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir, de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.</li><li>- Concebe e implementa planos de reabilitação, seleciona e prescreve intervenções com o objetivo de reduzir o risco de alteração da funcionalidade e de otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional.</li><li>- Seleciona e prescreve produtos de apoio.</li><li>- Identifica e gere os recursos necessários à consecução de planos e de diferentes atividades inerentes aos processos terapêuticos complexos facilitadores da transição saúde/doença e/ou incapacidade.</li><li>- Garante a segurança dos programas e planos de reabilitação implementados.</li><li>- Avalia continuamente os planos implementados e reformula os mesmos consoante a necessidade.</li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação inicial</li><li>- Recursos humanos e materiais</li><li>- Instrumentos de avaliação de necessidades</li><li>- SClínico®</li><li>- Revisão da literatura</li><li>- Gestão de prioridades e de tempo</li><li>- Regulamento das competências específicas do EEER</li></ul>

## **Competência**

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

*Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa*

### **Objetivo Específico 9:**

- Promover a autonomia dos utentes e/ou capacitar o prestador de cuidados para a realização dos autocuidados do utente com défices/alterações neurológicas.

#### **Quadro 8**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 9*

<b>Estratégia/Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Informar e analisar com a pessoa as mudanças que irão vivenciar no sentido de potenciar a sua recuperação e restabelecimento da autonomia, assim como esclarecer dúvidas e diminuir medos ou desmistificar crenças.</li><li>- Consciencializar a pessoa da importância da realização dos autocuidados para o seu bem-estar, saúde e autonomia.</li><li>- Analisar com a pessoa/família/equipa multidisciplinar os equipamentos necessários, adequando as ajudas técnicas e ensinar/treinar o cuidador se necessário.</li><li>- Promover o envolvimento da família nos cuidados e no processo de aquisição de conhecimentos/aptidões.</li><li>- Ensinar, instruir, treinar e supervisionar os autocuidados e a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) de acordo com as condições habitacionais, com vista à máxima capacidade funcional daquela pessoa, facilitando a sua reintegração social.</li><li>- Elaborar e implementar programa de treino de AVD's adaptado às limitações da pessoa, com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</li><li>- Apoiar e facilitar o processo de transição da condição de saúde da pessoa e pessoas significativas, através do referencial teórico de Meleis.</li></ul>

### Quadro 8

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 9 (continuação)*

<b>Indicadores e critérios de avaliação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Concebe, implementa e avalia programas de ER individualizados e ajustados às necessidades da pessoa.</li><li>- Ensina, instrui e treina técnicas que maximizam o desempenho, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa e o seu projeto de saúde</li><li>- Realiza treinos específicos de AVD's, utilizando e ensinando a utilizar produtos de apoio adequados</li><li>- Identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a eliminação/diminuição das mesmas no contexto de vida da pessoa.</li></ul>
<b>Recursos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação inicial</li><li>- Recursos humanos e materiais</li><li>- Produtos de apoio/ajudas técnicas</li><li>- Instrumentos de avaliação de necessidades</li><li>- Regulamento das competências específicas do EEER</li></ul>

### 1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

#### **Competência**

*Aplicação de conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, relacionado com a área de estudo da mestranda*

#### **Objetivo Específico 10:**

- Elaborar uma proposta de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com comprometimento cognitivo pós-AVC.

**Quadro 9**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 10*

<b>Estratégia/Atividades</b>
- Identificação das necessidades do serviço - Elaboração de um documento de acordo com as necessidades identificadas - Formação e/ou sensibilização da equipa de enfermagem
<b>Recursos</b>
- Revisão da literatura - Orientação tutorial com a orientadora e coorientadora

**Competência**

*Desenvolvimento de um documento de produção científica, sustentado na evidência recente*

**Objetivo Específico 11:**

- Analisar o processo de aprendizagem realizado, através de uma crítico-reflexiva, em capítulo do Relatório Final.

**Quadro 10**

*Estratégias/atividades, indicadores e critérios de avaliação e recursos necessários para atingir o objetivo específico 11*

<b>Estratégia/Atividades</b>
- Consolidação da aprendizagem através da prática crítico-reflexiva. - Elaboração do relatório final, com revisão de literatura atual.
<b>Recursos</b>
- Revisão da literatura - Recursos humanos e materiais - Orientação tutorial com a orientadora e coorientadora



## 2. HORÁRIO PROPOSTO

O horário foi elaborado de acordo com o horário laboral da estudante e o horário da enfermeira tutora do presente estágio. Será revisto ao longo do tempo, consoante a necessidade dos intervenientes.

Dia	Horário	Total de horas
07/11/2022	8-15h	7
09/11/2022	8-15 h	7
10/11/2022	8-15 h	7
14/11/2022	8-15 h	7
18/11/2022	8-15 h	7
21/11/2022	8-15 h	7
23/11/2022	8-15 h	7
26/11/2022	8-15 h	7
05/12/2022	8-15	7
06/12/2022	8-15	7
07/12/2022	8-15	7

Os restantes turnos serão realizados consoante horário de dezembro da mestranda e da EEER tutora do estágio.



### 3. CRONOGRAMA

Para atingir os objetivos propostos em tempo útil, foi elaborado um cronograma, num único diagrama visual, para organizar as atividades e o tempo predeterminado para a sua execução durante o presente estágio.

	Semana 7 a 13/11	Semana 14 a 20/11	Semana 21 a 27/11	Semana 28/11 a 04/12	Semana 05 a 11/12	Semana 12 a 16/12
Definir objetivos, estratégias, competências e elaborar cronograma.						
Definir as competências do guia de avaliação.						
Planos de cuidados						
Avaliação das necessidades do serviço						
Elaboração e implementação de uma proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem						
Avaliação da proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem						
Avaliação			Intercalar			Final



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República: 1.ª série, n.º 181 (16 de setembro). (pp.8059-8105). <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>.

Decreto-Lei n.º 107/2008 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2008). Diário da República: 1.ª série, n.º 121 (25 de junho). (pp. 3835- 3853). <https://files.dre.pt/1s/2008/06/12100/0383503853.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.p df](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.p df).

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: 2.ª série, n.º 26 (6 de fevereiro). (pp. 4744-4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República: 2.ª série, n.º 85 (3 de maio), (pp. 13565-13568). <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.



**APÊNDICE II - Formação em serviço**  
**“Avaliação Cognitiva: Teste Montreal Cognitive Assessment (MoCa)”**

## AVC - Avaliação Cognitiva:

### Montreal Cognitive Assessment (MoCa)



UC Opção Estágio com Relatório | Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Realizado por:

Sandra Maria Antunes Loureiro  
[20210479@santamariasaude.edu.pt](mailto:20210479@santamariasaude.edu.pt)



#### Objetivos

- **Refletir sobre a importância da avaliação dos déficits cognitivos decorrentes de um Acidente Vascular Cerebral (AVC)**
- **Avaliar a função cognitiva com recurso ao teste Montreal Cognitive Assessment (MoCa)**
- **Interpretar o score do teste MoCa**



## Sumário

### **Acidente Vascular Cerebral**

- **Conceito e consequências**
- **Dados estatísticos**
- **Comprometimento cognitivo**

### **Instrumento de avaliação - MoCa**

- **Operacionalização**
- **Treinar aplicação**



## Metodologia

**Método expositivo**

**Método demonstrativo**

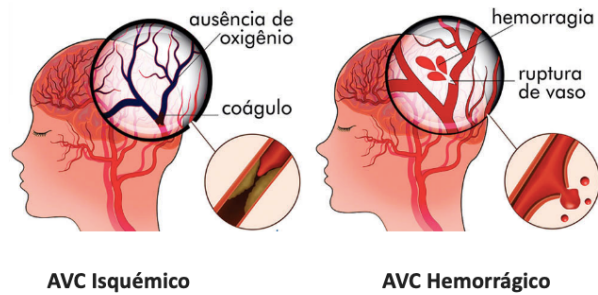
**Revisão da literatura dezembro 2022 e janeiro 2023**



## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**Episódio de disfunção neurológica aguda, de início súbito, que persiste por um período superior a 24 horas ou até a morte**

(Sacco et al., 2013)



Sandra Maria Antunes Loureiro

5



## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

**A nível mundial, é uma das principais causas de:**



(Sacco et al., 2013)

Sandra Maria Antunes Loureiro

6



## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

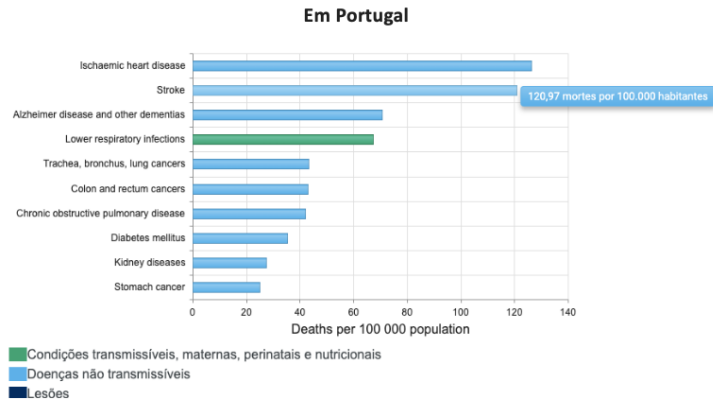


Figura 1 – As 10 principais causas de morte em Portugal para ambos os sexos em todas as idades (2019). Fonte: WHO, 2020

Sandra Maria Antunes Loureiro

7



## Acidente Vascular Cerebral (AVC)

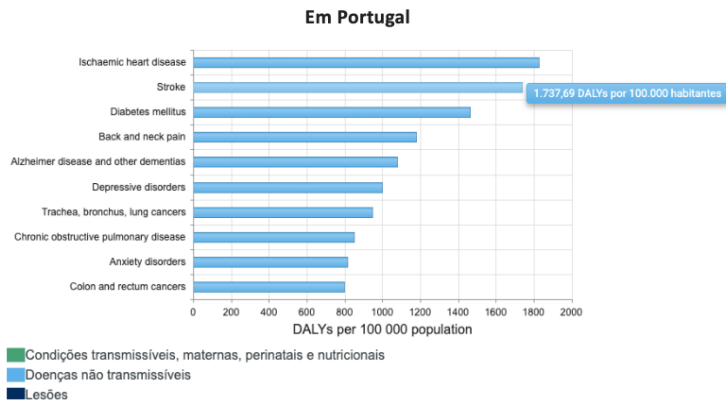


Figura 2 – As 10 principais causas de DALY em Portugal para ambos os sexos de todas as idades (2019). Fonte: WHO, 2020

Sandra Maria Antunes Loureiro

8



## Comprometimento Cognitivo decorrente do AVC

### Efeito comum e potencialmente incapacitante do AVC (Quinn et al., 2021)

Attention	•Focus attention, sustained attention, selective attention, divided attention
Memory	•Visual memory, auditory memory, working memory, episodic memory, semantic memory, working memory, procedural memory
Executive Function	•Initiation, processing speed, problem solving, planning
Perception, praxis	•Visuo-spatial, visuo-perceptual, Unilateral neglect, inattention, apraxia, agnosia, prosopagnosia
Language	•Aphasia: Broca's, Wernicke's, transcortical motor/sensory or mixed, conductive, global

Quadro 1 – Principais déficits cognitivos decorrentes de AVC. Fonte: Teasell et al., 2020b

Sandra Maria Antunes Loureiro

9



## Comprometimento Cognitivo decorrente do AVC

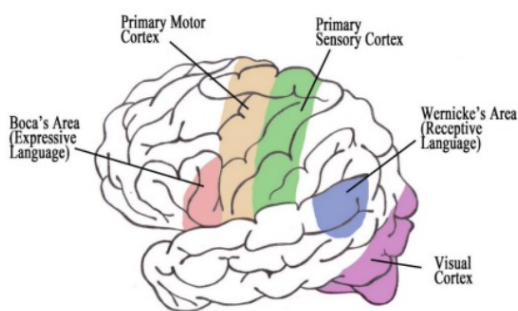


Figura 3 - Áreas do córtex cerebral associadas a funções específicas. Fonte: Teasell et al., 2020a

### Hemisfério esquerdo

- Afasia
- Apraxias

### Hemisfério direito

- Problemas de pequena dimensão da comunicação
- Apraxia de construção
- Asternognose
- Défices perceptivos visuo-espaciais, incluindo negligência à esquerda

### Hipocampo e lobos temporais médios/Tronco Cerebral

- Perda de memória

(Teasell et al., 2020a).

Sandra Maria Antunes Loureiro

10



## Comprometimento Cognitivo decorrente do AVC

### **Associado a comprometimento funcional grave nas atividades da vida diária (AVDs)**

(Abzhandadze, Rafsten, Lundgren-Nilsson & Sunnerhagen, 2018; Wu et al., 2019)

### **As funções cognitivas desempenham um papel importante no planeamento do ambiente de reabilitação e na alta**

(Abzhandadze, Rafsten, Lundgren-Nilsson & Sunnerhagen, 2018; Wu et al., 2019).

### **As deficiências físicas e cognitivas após o AVC têm implicações prognósticas independentes.**



### **A avaliação de ambos domínios devem ser rotina no atendimento clínico de pacientes com AVC.**

(Winstein et al., 2016)

Sandra Maria Antunes Loureiro

11



## Comprometimento Cognitivo decorrente do AVC

Recommendations: Assessment of Cognition and Memory	Class	Level of Evidence
Screening for cognitive deficits is recommended for all stroke patients before discharge home.	I	B
When screening reveals cognitive deficits, a more detailed neuropsychological evaluation to identify areas of cognitive strength and weakness may be beneficial.	IIa	C

Quadro 2 – Recomendações para triagem dos défices cognitivos. Fonte: Winstein et al., 2016

Sandra Maria Antunes Loureiro

12



## Comprometimento Cognitivo decorrente do AVC

### Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER)



Sandra Maria Antunes Loureiro

13



## MoCa

### Montreal Cognitive Assessment (MoCa)



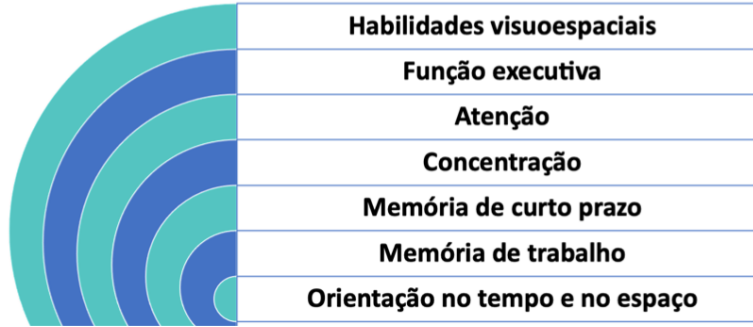
- Foi adaptado e validado à população portuguesa em 2011 (Freitas et al., 2011).
- É recomendado em contextos de AVC agudo para identificar e prever o comprometimento cognitivo. (Abzhandadze, Rafsten, Lundgren-Nilsson & Sunnerhagen, 2018; Zhu et al., 2020).
- É particularmente útil em pacientes cujos déficits cognitivos são indetetáveis no MMSE na fase aguda de um AVC leve e AIT (Suda et al., 2020; Teassel et al., 2020; Wu et al., 2019).
- Os resultados do estudo de Abzhandadze, Rafsten, Lundgren-Nilsson & Sunnerhagen (2018) sugerem que as funções cognitivas medidas com o MoCA 36-48 h após o AVC podem refletir o desempenho das pessoas nas Atividades de Vida Diárias (AVDs) e prever a dependência funcional 3 meses depois (Abzhandadze, Rafsten, Lundgren-Nilsson & Sunnerhagen, 2018).

Sandra Maria Antunes Loureiro

14



Breve teste de 30 itens que consiste em vários sub-testes que avaliam:



(Teasell et al., 2020b)

Sandra Maria Antunes Loureiro



**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA\*)**  
 Versão 8.1 Portuguesa (Portuguese)

Nome: \_\_\_\_\_ Exatidão: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_ DATA DE AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_

**VISUOESPACIAL / EXECUTIVA** Enlazar o labirinto Desenhar uma RELOJOIRO (peneira e dia) **10/15**

**NOVAÇÃO** Contorno Números Ponteiros **3/3**

**MEMÓRIA** BOCA LÍNGUA IGREJA CRAVO AZUL **5/5**

**ATENÇÃO** **1 2 3 4 5 6** **7 8 9 10 11 12**

**LINGUAGEM** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30**

**ABSTRACÇÃO** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30**

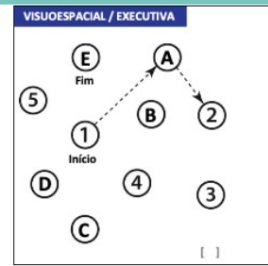
**EVOCACAO** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30**

**ORIENTACAO** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30**

**TOTAL** **30/30**

Figura 4 - Teste MoCa Fonte: Nasreddine, Z. (2018b).

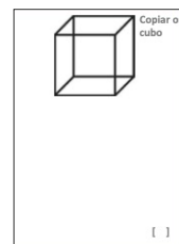
Sandra Maria Antunes Loureiro



### 1. Alternância Conceptual

**Administração:** O examinador apresenta as seguintes instruções ao sujeito: “Desenhe uma linha, alternando entre números e letras, por ordem ascendente. Comece aqui [apontar para o número (1)] e desenhe uma linha do número 1 até à letra A e, em seguida, até ao número 2, e por aí adiante. *Termine aqui* [apontar a (letra E)].”

(Nasreddine, Z., 2018a)



### 2. Capacidades Visuoconstrutivas (Cubo):

**Administração:** O examinador apresenta as seguintes instruções, apontando para o cubo: “*Copie este desenho do modo mais parecido que conseguir*”.

(Nasreddine, Z., 2018a)



Desenhar um RELÓGIO (onze e dez)  
(3 pontos)

[ ] [ ] [ ]  
Contorno Números Ponteiros

### 3. Capacidades Visuoconstrutivas (Relógio):

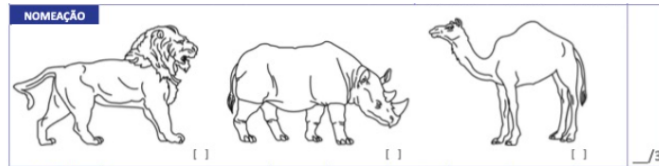
**Administração:** O examinador deve assegurar que o sujeito não olha para o seu relógio enquanto realiza esta tarefa e que não há relógios à vista do sujeito. Assinalando o espaço adequado, o examinador apresenta as seguintes instruções: “*Desenhe um relógio. Coloque todos os números no relógio e, no final, marque 11 horas e 10.*”

(Nasreddine, Z., 2018a)



VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo	Desenhar um RELÓGIO (onze e dez) (3 pontos)	pontuação
[ ]	[ ]	[ ]	[ ] [ ] [ ]	5
		Contorno	Números Ponteiros	

(Nasreddine, Z., 2018a)



**4. Nomeação:**

**Administração:** Começando da esquerda para a direita, o examinador aponta para cada animal e diz: “Diga-me o nome deste animal.”

(Nasreddine, Z., 2018a)



MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde		BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	SEM PONTUAÇÃO
		1º ENSAIO						
		2º ENSAIO						

**5. Memória:**

**Administração:** O examinador lê uma lista de 5 palavras, ao ritmo de uma palavra por segundo

(Nasreddine, Z., 2018a)



<b>ATENÇÃO</b>	Leia a sequência de números (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência em sentido direto. [ ] 2 1 8 5 4	_ / 2
		O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso. [ ] 7 4 2	

**6. Atenção:**

Sequência numérica em sentido direto

Sequência numérica em sentido inverso

(Nasreddine, Z., 2018a)



Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se $\geq 2$ erros	[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A R	_ / 1
--	---	-------

**6. Atenção:**

**Concentração**

**Administração:** O examinador lê uma série de letras, ao ritmo de uma letra por segundo, logo após ter dado as seguintes instruções: “*Vou ler várias letras. Sempre que eu disser a letra A, bata com a mão na mesa. Quando eu disser uma outra letra diferente, não bata com a mão.*”

(Nasreddine, Z., 2018a)



Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65	/3
4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos.	

### 6. Atenção:

#### Subtração em sequência de 7

**Administração:** O examinador apresenta as seguintes instruções: “Agora vou pedir-lhe que me diga quanto é 100 menos 7 e, depois, continue a tirar 7 ao número que deu como resposta, até eu lhe dizer para parar.”

(Nasreddine, Z., 2018a)



<b>LINGUAGEM</b> Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [ ]	/2
O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala [ ]	

### 7. Repetição de frases:

**Administração:** O examinador dá as seguintes instruções: “Agora vou ler uma frase. Quero que a repita, tal como eu a disser [pausa]: **Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.**” Depois de o sujeito responder, o examinador diz: “Agora vou ler outra frase. Quero que a repita, tal como eu a disser [pausa]: **O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala.**”

(Nasreddine, Z., 2018a)



### 8. Fluência Verbal Fonémica

**Administração:** O examinador apresenta as seguintes instruções: “Agora vou pedir-lhe que diga o maior número possível de palavras que se lembrar, que comecem pela letra P. Vou dizer-lhe para parar ao fim de um minuto. Não pode usar nomes próprios, números nem diferentes formas de um verbo. Percebeu? [Pausa] [Tempo: 60 segundos] Pare!”

(Nasreddine, Z., 2018a)



### 9. Abstração (Semelhanças):

**Administração:** O examinador pede ao sujeito que diga o que têm em comum dois elementos apresentados, ilustrando com o seguinte exemplo: “Diga-me agora em que são semelhantes[pausa]: uma banana e uma laranja?”

O examinador pode dar apenas uma ajuda (para toda a secção de abstração) caso não o tenha feito durante o exemplo.

(Nasreddine, Z., 2018a)



EVOCAÇÃO DIFERIDA			BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	_ / 5
Índice de Memória (IM)	X3	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	IM = ____ / 15	
	X2	Pista de categoria							
	X1	Pista de escolha múltipla							

**10. Evocação diferida:**

**Administração:** O examinador dá as seguintes instruções: “*Li há pouco uma lista de palavras. Pedilhe que a memorizasse para repetir mais tarde. Agora, diga todas as palavras que conseguiu recordar.*”

(Nasreddine, Z., 2018a)

Sandra Maria Antunes Loureiro

29

**10. Evocação diferida:****Índice de Memória (IM)**

**Administração:** Após o ensaio de evocação diferida espontânea, o examinador apresenta uma pista de categoria (semântica) para cada palavra que o sujeito não conseguiu recordar.

Palavra-alvo	Pista de categoria	Escolha múltipla
BOCA	parte do corpo	nariz, boca, mão (ombro, perna)
LINHO	tipo de tecido	lã, algodão, linho (nylon, seda)
IGREJA	tipo de edifício	igreja, escola, hospital (biblioteca, centro comercial)
CRAVO	tipo de flor	rosa, cravo, tulipa (lírio, narciso)
AZUL	cor	azul, vermelho, verde (amarelo, roxo)

(Nasreddine, Z., 2018a)

Sandra Maria Antunes Loureiro

30



**10. Evocação diferida:**

**Índice de Memória (IM)**

**Cotação:** Para determinar o IM (que é um subresultado), o examinador atribui pontos consoante o tipo de evocação.

Cotação do IM:	Escolha múltipla	Total
Número de palavras evocadas espontaneamente	multiplicado por 3	
Número de palavras recordadas com uma pista de categoria	multiplicado por 2	
Número de palavras recordadas com uma pista de escolha múltipla	multiplicado por 1	
IM Total (somar todos os pontos)		/15

(Nasreddine, Z., 2018a)



**ORIENTAÇÃO** [ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia de semana [ ] Lugar [ ] Localidade   /6

**11. Orientação:**

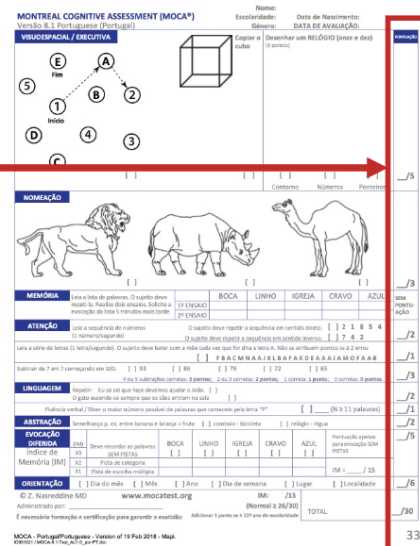
**Administração:** O examinador dá as seguintes instruções: “*Diga-me qual é a data de hoje?*”. Se o sujeito der uma resposta incompleta, o examinador diz; “*Diga o [ano, mês, dia do mês (data) e o dia da semana].*” A seguir, o examinador diz: “*Diga como se chama o lugar onde estamos agora e em que [cidade/vila/aldeia] nos encontramos*”.

(Nasreddine, Z., 2018a)

**PONTUAÇÃO TOTAL:**

- Somar todos os pontos assinalados na margem direita.
- Somar um ponto se a pessoa tiver 12 anos de escolaridade.

Uma pontuação de corte  $\leq 26$  representa comprometimento cognitivo.



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA\*)  
Versão 8.2 - Português (Portugal)

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ DATA DE AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_  
Cópia e/ou reprodução sem autorização (sem e sem) (5 pontos)

**PERCEÇÃO / EXECUÇÃO**

5 E A 2  
1 B 4  
D 3  
C

**NOMEAÇÃO**

BOCA LÍNGUA IGREJA CRAVO AZUL

**MEMÓRIA**

**ATENÇÃO**

**LINGUAGEM**

**ABSTRAÇÃO**

**EVOCACÃO**

**DIFERENÇA**

**MEMÓRIA (M)**

**ORIENTAÇÃO**

MOCA - Português (Portugal) - Versão de 19 Feb 2018 - MoCa  
© 2018 Nasreddine MD www.mocatest.org  
Administrado por: \_\_\_\_\_ IM: /15 (Normal > 26/30)  
É necessário formação e certificação para garantir a validade. Adicione 3 pontos se o teste for realizado em 12 anos de escolaridade.

TOTAL /30

33

(Nasreddine, Z., 2018a; Nasreddine, Z., 2018b)

Sandra Maria Antunes Loureiro

- O comprometimento cognitivo em pessoas pós-AVC depende da sua etiologia, compromete a recuperação funcional e aumenta o risco de mortalidade.
- As alterações cognitivas decorrentes do AVC podem ser gerais ou podem afetar um domínio específico.
- Os défices cognitivos são muitas vezes descurados pelos profissionais de saúde, no entanto, para uma eficaz reintegração da pessoa é fundamental apostar na sua reabilitação cognitiva.
- O EEER possui competências e está capacitado para avaliar e cuidar de pessoas que sofreram alterações cognitivas.
- A utilização de instrumentos de avaliação da função cognitiva mais sensíveis é crucial para que precocemente sejam detetadas alterações e possa ser iniciado o processo de reabilitação.
- Na revisão da literatura realizada, o teste MoCa mostrou ser o instrumento que melhor se adequa à deteção de alterações cognitivas em fase aguda de um AVC.



Muito Obrigada!

*Sandra Loureiro*



## Referências Bibliográficas

- Abzhandadze, T., Rafsten, L., Lundgren-Nilsson, Å., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Feasibility of Cognitive Functions Screened With the Montreal Cognitive Assessment in Determining ADL Dependence Early After Stroke. *Frontiers in neurology*, 9, 705. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00705>.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>.
- Nasreddine, Z. (2018a). Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Versão 8.1 - Instruções para a Administração e Cotação. <https://mocacognition.com/paper/>.
- Nasreddine, Z. (2018b). Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Versão 8.1 Portuguese (Portugal). <https://mocacognition.com/paper/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 392/2019. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República, 2.ª série, n.º 85 (3 de maio), pp. 13565-13568. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.
- Quinn, T., Richard, E., Teuschl, Y., Gattringer, T., Hafdi, M., O'Brien, J., Merriman, N., Gillebert, C., Huyglier, H., Verdelho, A., Schmidt, R., Ghaziani, E., Forchammer, H., Pendlebury, S., Bruffaerts, R., Mijajlovic, M., Drozdowska, B., Ball, E., & Markus, H. (2021). European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *European stroke journal*, 6(3), 1-XXXVIII. <https://doi.org/10.1177/23969873211042192>.



## Referências Bibliográficas

- Sacco, R., Kasner, S., Broderick, J., Caplan, L., Connors, J., Culebras, A., Elkind, M., George, M., Hamdan, A., Higashida, R., Hoh, B., Janis, L., Kase, C., Kleindorfer, D., Lee, J., Moseley, M., Peterson, E., Turan, T., Valderrama, A., & Vinters, H. (2013). An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke*, 44(7), PP. 2064–2089. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca>.
- Suda, S., Muraga, K., Ishiwata, A., Nishimura, T., Aoki, J., Kanamaru, T., Suzuki, K., Sakamoto, Y., Katano, T., Nagai, K., Hatake, S., Sato, S., Matsumoto, N., Nito, C., Nishiyama, Y., Mishina, M., & Kimura, K. (2020). Early Cognitive Assessment Following Acute Stroke: Feasibility and Comparison between Mini-Mental State Examination and Montreal Cognitive Assessment. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 29(4), 104688. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104688>.
- Teasell, R., Hussein, N., Viana, R., Donaldson, S. & Madady, M. (2020a). Clinical Consequences of Stroke. In: *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*. EBRSR [Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation]. [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%201\\_Clinical%20Consequences\\_0.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%201_Clinical%20Consequences_0.pdf).
- Teasell, R., Hussein, N., Saikaley, M., Iruthayarajah, J. & Longval, M. (2020b). Rehabilitation of Cognitive Impairment Post Stroke. In: *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*. EBRSR [Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation]. [http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR%20Handbook%20Chapter%205\\_Rehab%20of%20Cognitive%20Impairment.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR%20Handbook%20Chapter%205_Rehab%20of%20Cognitive%20Impairment.pdf).



- World Health Organization [WHO]. (2020). *Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and Region, 2000-2019*. Geneva. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
- Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Chorney, L., Cramer, S., Deruyter, F., Eng, J., Fisher, B., Harvey, R., Lang, C., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K., Pugh, S., Reeves, M., Richards, L., Stiers, W., Zorowitz, R., & American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), e98–e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.
- Wu, C., Hung, S., Lin, K., Chen, K., Chen, P., & Tsay, P. (2019). Responsiveness, Minimal Clinically Important Difference, and Validity of the MoCA in Stroke Rehabilitation. *Occupational therapy international*, 2517658. <https://doi.org/10.1155/2019/2517658>.
- Zhu, Y., Zhao, S., Fan, Z., Li, Z., He, F., Lin, C., Topatana, W., Yan, Y., Liu, Z., Chen, Y., & Zhang, B. (2020). Evaluation of the Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment for Predicting Post-stroke Cognitive Impairment During the Acute Phase in Chinese Minor Stroke Patients. *Frontiers in aging neuroscience*, 12, 236. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00236>.

**APÊNDICE III - Identificação dos estudos para análise final**

Artigo	Ano	Autores e Título	Desenho do estudo
A	2022	Jiang, H., Li, H., Wang, Z., Xiaomei, X., Su, Q. & Ma, J. Effect of Early Cognitive Training Combined with Aerobic Exercise on Quality of Life and Cognitive Function Recovery of Patients with Poststroke Cognitive Impairment.	Ensaio Clínico Controlado.
B	2022	Li, A. & Liu, Y. Reminiscence therapy serves as an optional nursing care strategy in attenuating cognitive impairment, anxiety, and depression in acute ischemic stroke patients.	ECR.
C	2021	Xuefang, L., Guihua, W. & Fengru, M. The effect of early cognitive training and rehabilitation for patients with cognitive dysfunction in stroke.	ECR.
D	2021	Pashang, S., Zare, H., Alipour, A. & Sharif-Alhoseini, M. The effectiveness of cognitive rehabilitation in improving visual and auditory attention in ischemic stroke patients.	Quase-experimental com desenho pré-intervenção, pós-intervenção e acompanhamento e GC.
E	2021	Wang, H., Zhu, C., Liu, D., Wang, Y., Zhang, J., Wang, S. & Song, Y. Rehabilitation training improves cognitive disorder after cerebrovascular accident by improving BDNF Bcl-2 and Bax expressions in regulating the JMK pathway.	ECR.
F	2021	Cheng, C., Fan, W., Liu, C., Liu, Y., & Liu, X. Reminiscence therapy-based care program relieves post-stroke cognitive impairment, anxiety, and depression in acute ischemic stroke patients: a randomized, controlled study.	ECR.

**APÊNDICE IV - Resumo dos dados extraídos dos estudos incluídos na Revisão  
Integrativa da Literatura**

Artigo A	
Autores	Jiang et al.
Objetivo	Explorar o efeito do treino cognitivo precoce combinado com exercícios aeróbicos na qualidade de vida e na recuperação da função cognitiva de pessoas com comprometimento cognitivo pós-AVC.
Participantes	90 participante divididos em grupo experimental (GE) ( $n=45$ ) e grupo de controle (GC) ( $n=45$ ).
Intervenção	As pessoas do GC receberam educação em saúde convencional combinada com treino de reabilitação e os do GE treino cognitivo precoce combinado com exercícios aeróbicos.
Resultados	O grupo experimental obteve uma pontuação mais alta na MoCA.
Conclusões	O treino cognitivo precoce combinado com exercícios aeróbicos promove a recuperação da função cognitiva.

Artigo B	
Autores	Li & Liu
Objetivo	Explorar o efeito da TR no CC, ansiedade, depressão e recorrência da doença em pessoas com AVC.
Participantes	216 pessoas com AVC pela primeira vez foram incluídas e randomizadas em GTR ou GC na proporção de 1:1.
Intervenção	O GC foi submetido a intervenções de reabilitação motora e cognitiva convencional e o GTR foi submetido às mesmas intervenções, com terapia de remanescência adicional.
Resultados	O GTR apresentou maior pontuação no MMSE aos 9 e 12 meses e menor taxa de comprometimento cognitivo por MMSE aos 12 meses, em comparação com o GC.
Conclusões	A TR prejudica o comprometimento cognitivo, indicando o seu potencial para gerir o pós-AVC.

Artigo C	
Autores	Xuefang, Guihua & Fengru
Objetivo	Explorar os efeitos do treino cognitivo precoce e reabilitação para pessoas com disfunção cognitiva no AVC.
Participantes	118 pessoas com diagnóstico de AVC isquémico pela primeira vez, divididos em grupo de observação (n=59) e GC (n=59).
Intervenção	Ambos os grupos receberam treino de reabilitação convencional e o grupo de observação realizou adicionalmente terapia de observação de movimento em equipamentos de realidade virtual, com base no treino cognitivo convencional.
Resultados	Após 4 semanas de tratamento, a melhoria da função cognitiva e da função neurológica do grupo de observação após o tratamento foi melhor do que a do GC, embora o GC também obtivesse melhoria significativa na pontuação MoCA e redução dos valores na escala NIHSS.
Conclusões	A intervenção ativa da enfermagem na RC precoce de pessoas com comprometimento cognitivo pós-AVC é de grande importância, de forma a restaurar a função, reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida.

Artigo D	
Autores	Pashang et al.
Objetivo	Investigar a eficácia de um programa de RC na melhora do desempenho da atenção visual e auditiva em pessoas com AVC.
Participantes	Vinte pessoas com AVC isquémico com déficit de atenção foram aleatoriamente classificadas em GE (n=10) e GC (n=10).
Intervenção	O GC foi submetido a um programa de reabilitação de rotina e o GE foi submetido ao mesmo programa, acrescido de um programa de RC.
Resultados	O programa de RC melhorou os domínios da atenção auditiva ( $p = 0,002$ ) e visual ( $p = 0,009$ ) nas pessoas do GE. A RC pode melhorar a atenção visual em 23% e a atenção auditiva em 67%.
Conclusões	O programa de RC melhorou as funções cognitivas relacionadas com a atenção em pessoas com AVC.

Artigo E	
Autores	Wang et al.
Objetivo	Explorar o efeito do treino de reabilitação no comprometimento cognitivo após AVC e o seu potencial mecanismo.
Participantes	100 participantes com AVC divididos em GC ( $n = 50$ ) e grupo de pesquisa ( $n = 50$ ) e 50 participantes com exame físico foram selecionados como GC saudável.
Intervenção	Os participantes do GC receberam medicação de rotina, as pessoas do grupo de pesquisa receberam treino de reabilitação com base na terapia medicamentosa de rotina.
Resultados	Seis meses depois, as pontuações de Barthel ( $p=0,001$ ), escala de função motora Fugl-Meyer ( $p=0,002$ ), teste MoCA ( $p=0,007$ ) e MMSE ( $p=0,0002$ ) foram significativamente maiores no grupo de pesquisa do que no GC.
Conclusões	O treino de reabilitação pode melhorar a função motora, estado mental e o nível cognitivo das pessoas com AVC.

Artigo F	
Autores	Cheng et al.
Objetivo	Avaliar o benefício de um programa de cuidados baseados em TR na restauração do comprometimento cognitivo, ansiedade e redução da depressão em pessoas com AVC isquêmico agudo.
Participantes	130 participantes com AVC isquêmico agudo randomizados aleatoriamente em GTR ou GC, na proporção de 1:1.
Intervenção	Os participantes do GC receberam treino de RC e GTR foi submetido às mesmas intervenções, com terapia de remanescência adicional.
Resultados	O score MMSE e o score MoCA do GTR aumentou e a percentagem de pessoas com comprometimento cognitivo avaliada pelo teste MoCA reduziu aos 12 meses, em comparação com o GC.
Conclusões	Um programa baseado em TR pode ajudar a reduzir o comprometimento cognitivo em pessoas com AVC isquêmico agudo.

**APÊNDICE V - Programas de reabilitação da função cognitiva**

Artigo A	
Início	Quando os sinais vitais estavam estáveis.
Intervenções	<p>(1) Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar fotos de acordo com a preferência da pessoa e orientá-la a descrever os objetos nas fotos</li> <li>- Repetir de 1 a 30 números positivos e negativos e repetir os números pares/ímpares, respectivamente.</li> </ul> <p>(2) Orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lembrar frequentemente da hora levantar e de ir para a cama</li> <li>- Perguntar hora, data e local.</li> <li>- Treinar a adição, subtração, divisão e multiplicação dentro da faixa numérica de 0 a 50.</li> </ul> <p>(3) Memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lembrar os nomes ou orientar as pessoas a recontar uma história</li> <li>- Auxiliar as pessoas a lembrar das personagens ou dos objetos que acabaram de ver</li> <li>- Com a ajuda dos familiares, auxiliar a relembrar os eventos recentes, ganhando capacidade de resolver problemas e concluindo tarefas simples de forma independente, como vestir, despir e lavar o rosto.</li> </ul> <p>(4) Linguagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falar sobre o assunto de interesse da pessoa, levantando questões para promover a capacidade de resolver problemas.</li> </ul> <p>(5) Distúrbios do pensamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar a pessoa a sair e voltar para a enfermaria ou pedir comida sozinha</li> </ul> <p>(6) Percepção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração sensorial e treino visual, reconhecendo a forma ou a cor dos objetos.</li> </ul>
Frequência	Uma vez por dia, seis vezes por semana.
Duração	Seis meses contínuos.

Artigo B	
Início	Após a alta hospitalar.
Intervenções	<p>1ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar-se a si e às pessoas mais próximas</li> </ul> <p>2ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relembrar aspetos interessantes da infância e desportos favoritos</li> </ul> <p>3ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhar memórias da adolescência, da juventude e da vida escolar</li> </ul> <p>4ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhar sobre o amor da sua vida e o seu casamento</li> </ul> <p>5ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhar experiências e realizações profissionais</li> </ul> <p>6ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Destacar os papéis das pessoas com quem vive e com quem trabalha</li> </ul> <p>7ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilhar passatempos antigos e presentes</li> </ul> <p>8ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilhar um momento decisivo da sua vida</li> </ul> <p>9ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilhar experiências interessantes num festival específico</li> </ul> <p>10ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilhar memória da cidade natal</li> </ul> <p>11ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falar sobre um filme antigo</li> </ul> <p>12ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão geral das sessões e despedida</li> </ul>
Frequência	Sessões de 60 minutos, uma vez por mês.
Duração	12 meses

Artigo C	
Início	A partir do terceiro dia de internamento, com sinais vitais estáveis e sintomas de AVC sem progressão há dois dias.
Intervenções	<p>(1) Orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar à pessoa sobre a data, hora, local e localização, direção do dia</li> <li>- Permite que distinga entre os membros esquerdo e direito, a posição dos objetos no hospital e a distância de objetos no ambiente circundante.</li> </ul> <p>(2) Atenção</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos simples, como dardos e jogos de pesca.</li> </ul> <p>(3) Cálculo (Memória do trabalho)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogos de cartas.</li> </ul> <p>(4) Memória</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvir a narração da história, olhar para figuras e lembrar números, memorizar números, recitar letras e versos, relembrar e contar alguns objetos e pessoas que acabou de ver.</li> </ul> <p>(5) Linguagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Através da escuta repetida, ler e recontar histórias, fazer perguntas e discutir temas do interesse da pessoa.</li> </ul> <p>(6) Capacidade para resolver problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar as coisas relacionadas com a realização das AVD's e deixar que a pessoa as conclua de forma independente (comer, vestir-se e sentar-se numa cadeira).</li> </ul>
Frequência	60 minutos, duas vezes por dia.
Duração	Três semanas.





Artigo D	
Início	Mínimo de seis meses e máximo de três anos após o AVC.
Intervenções	<p>(Sessões de grupo de duas a dez pessoas)</p> <p>1ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar a finalidade e familiaridade com o AVC e os seus efeitos na atenção, memória e vida diária</li> </ul> <p>2ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir atenção e tipificar.</li> <li>- Treino de persistência de atenção</li> </ul> <p>3ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memorizar imagens, nomes e rostos e praticar a lista de palavras</li> </ul> <p>4ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar evocação de significado e completar palavras</li> </ul> <p>5ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar nomes de familiares e localização de palavras para promover a atenção dividida</li> </ul> <p>6ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de opções diferentes e uso de auxiliares de memória</li> </ul> <p>7ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de lembrar arranjos e treino de coleta</li> </ul> <p>8ª sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar como lembrar números e rever alguns dos outros treino</li> <li>- Resolver problemas e responder às dúvidas das pessoas.</li> </ul>
Frequência	Uma hora por semana.
Duração	Oito semanas.









Artigo E	
Início	Entre as 72 horas e seis dias após AVC.
Intervenções	<p>(1) Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selecionar fotos e vídeos que a pessoa goste como material de aprendizagem, deixando-a descrever o conteúdo do material</li> <li>- Ler poesia ou histórias e pedir à pessoa que as recontе</li> </ul> <p>(2) Capacidade de raciocínio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classificação e resolução de problemas práticos, como encorajar a pessoa a decidir sobre o tipo e a quantidade de refeições diárias, ir a lojas próximas ao hospital para selecionar e comprar itens e pagar e negociar com vendedores</li> </ul> <p>(3) Memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar o paciente a identificar cores, formas e nomes com cartões, blocos de construção, figuras, despertadores, horários e diários</li> <li>- Lembrar o tempo</li> </ul> <p>(4) Orientação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigir que o paciente se lembre do caminho entre a enfermaria e a sala de tratamento e o horário das AVD's.</li> </ul> <p>(5) Percepção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exigir que o paciente com reconhecimento errôneo se lembre dos nomes de personagens presentes em fotos (terapeutas, médicos, familiares)</li> <li>- Treinar a capacidade do paciente de distinguir a sensação de toque, cor e forma.</li> </ul>
Frequência	Uma vez por dia durante meia hora.
Duração	Cada ciclo de tratamento - oito semanas.

Artigo F	
Início	Após a alta hospitalar.
Intervenções	<p>TR (Sessões de grupo de sete a dez pessoas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recordar eventos passados</li> <li>- Compartilhar experiências, sentimentos e pensamentos para facilitar a adaptação às circunstâncias presentes</li> </ul> <p>Nota: Os cuidadores foram solicitados a levar objetos antigos (álbuns de fotografias, álbuns de recortes ou vídeos) que ajudassem a lembrar o passado.</p>
Frequência	60 minutos.
Duração	12 meses.

**APÊNDICE VI - Quadro de Orientação Temporo-Espacial**



JANEIRO	OUTONO		PRIMAVERA	
FEVEREIRO				
MARÇO				
ABRIL				
MAIO	INVERNO		VERÃO	
JUNHO				
JULHO				
AGOSTO				
SETEMBRO				
OUTUBRO				
NOVEMBRO				
DEZEMBRO				

2022	2033	2044	1	2	3	4	5	6		
2023	2034	2045	7	8	9	10	11	12		
2024	2035	2046	13	14	15	16	17	18		
2025	2036	2047	19	20	21	22	23	24		
2026	2037	2048	25	26	27	28	29	30		
2027	2038	2049	31							
2028	2039	2050								
2029	2040									
2030	2041									
2031	2042									
2032	2043								