



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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Reabilitação na Promoção da Capacidade Funcional  
da Pessoa Pós Acidente Vascular Cerebral**

**Nuno Miguel Carreira Rodrigues**



**Lisboa  
2023**

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

Relatório de Estágio

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Reabilitação na Promoção da Capacidade Funcional  
da Pessoa Pós Acidente Vascular Cerebral**

**Nuno Miguel Carreira Rodrigues**

---

Orientador: Professora Doutora Vanda Lopes da Costa Marques  
Pinto

---

**Lisboa  
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **AGRADECIMENTO**

À Professora Vanda Lopes da Costa pela sua orientação, pelos desafios propostos e pela constante motivação ao longo deste percurso, incentivando sempre a divulgação do conhecimento adquirido.

Aos Enfermeiros Sandra A., Sofia T. e Nuno F., pelas várias oportunidades de aprendizagem e pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Enfermeiro Ricardo C. pela disponibilidade e flexibilização de horários que me permitiram concluir este percurso.

À Turma do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação por todo o apoio e partilha de experiências.

À minha família e amigos pelo apoio e pela constante motivação em todos os momentos deste percurso que agora se conclui.

A todos o meu mais profundo agradecimento.

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACI – Artéria Carótida Interna

ACM – Artéria Cerebral Média

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

APA – *American Psychological Association*

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AUCC – Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade

AVB – Artéria vertebrobasilar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

EA – Exercício Aeróbio

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

MI – Membros inferiores

MRC – *Medical Research Council*

MS – Membros superiores

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

NIHSS – *National Institute of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEG – Gastrostomia Percutânea

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCV – Unidade Cerebrovascular

VNI – Ventilação Não Invasiva

VR – Realidade Virtual

## RESUMO

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda principal causa de morte no mundo, sendo a terceira maior causa de incapacidade. Já em Portugal a Direção Geral de Saúde (DGS) considera o AVC a principal causa de morte e incapacidade.

O AVC acarreta variadas alterações para a pessoa, em todas as suas dimensões, nomeadamente ao nível da sua capacidade funcional, sendo que esta diminuição implica uma perda da independência na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais (NHF). Por isso é crucial a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na reabilitação funcional da pessoa e na promoção de estratégias adaptativas, com vista à recuperação e independência funcional do indivíduo.

Foram definidos objetivos com a finalidade de desenvolver as competências preconizadas para o EEER, em articulação com os descritores de Dublin para a aquisição do grau de mestre e, também, dar resposta à problemática em estudo, com base na análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, adotando a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson como referencial teórico.

Na abordagem à capacidade funcional da pessoa após AVC evidenciaram-se ganhos ao nível do défice neurológico motor, sensitivo e cognitivo, na melhoria da marcha e na satisfação das NHF, culminando na melhoria da capacidade funcional e no aumento da independência da pessoa.

O percurso formativo revelou-se potenciador do crescimento pessoal e profissional, com a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Cerebral; Capacidade Funcional; Enfermagem; Reabilitação

## **Abstract**

*According to the World Health Organization, the Stroke is the second leading cause of mortality in the world, being the third leading cause of incapacity. In Portugal the DGS considers stroke as the main cause of death and incapacity.*

*A stroke entails various changes for the person in all its dimensions, and the decrease in functional capacity implies a loss of independence in meeting their fundamental human necessities. That is why the intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing is crucial, in the functional rehabilitation of the person and in the promotion of adaptive strategies with the objective of recovery and functional independence of the individual.*

*Objectives were defined with the purpose of developing the recommended competences for the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, in conjunction with the Dublin descriptors for the acquisition of a master's degree and, also, to respond to the problem under study, based on the analysis and reflection of the activities developed in internship context, adopting Virginia Henderson's Theory of Fundamental Human Necessities as a theoretical framework.*

*In the approach to the person's functional capacity after stroke, there were gains in terms of motor, sensory and cognitive neurological deficit, in the improvement of gait and in the satisfaction of the fundamental human needs, culminating in the increase of the functional independence and improvement of the person's functional capacity.*

*The training course proved to enhance personal and professional growth, with the acquisition and development of common and specific skills of specialist nurses.*

**Keywords:** *Stroke; Functional Capacity; Nursing; Rehabilitation.*

# INDICE

Introdução .....	8
1. Descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas .....	27
1.1. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação ..	27
1.1.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados e capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania ....	28
1.1.2. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	31
1.2. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	33
1.2.1. Competência a – domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	33
1.2.2. Competência b – domínio da melhoria da qualidade .....	34
1.2.3. Competência c – domínio da gestão de cuidados.....	36
1.2.4. Competência d – domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	37
2. Avaliação da aprendizagem .....	38
3. Conclusões e trabalho futuro .....	43
Referências.....	46

## Apêndices

Apêndice nº 1 – Projeto

Apêndice nº 2 – Jornal de aprendizagem I

Apêndice nº 3 – Jornal de aprendizagem II

Apêndice nº 4 – Diapositivos de suporte à apresentação do estudo de caso I

Apêndice nº 5– Poster “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Disfagia: Um estudo de caso”

Apêndice nº 6 – Diapositivos de suporte à apresentação do estudo de caso II

Apêndice nº 7– Poster “Intervenção em Enfermagem de Reabilitação na Melhoria da Ventilação da Criança com Polimicrogira: Um estudo de caso”

## Anexos

Anexo nº1 – Escala de Barthel

Anexo nº2 – Escala de NIHSS

Anexo nº3 – Escala de Berg

Anexo nº4 – Escala de Tinetti

Anexo nº5 – Questionário EQ-5D

Anexo nº6 – Escala de Morse

Anexo nº7– Escala *Volume – Viscosity swallow test*

Anexo nº8 – Escala de Guss

## INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito na unidade curricular (UC) Estágio com Relatório – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserida no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Esta UC tem como principal finalidade a capacitação do estudante para desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, de modo a capacitar para a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) à pessoa com incapacidade, limitação da atividade, ou restrições na participação, em diferentes contextos e momentos do seu ciclo de vida, com vista à sua reabilitação e reintegração social, com base nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEER, bem como os critérios previstos nos descritores de Dublin, associadas ao grau académico de mestre.

Tal como enunciado no projeto que norteou o desenvolvimento dos estágios (disponível em apêndice nº1), das inúmeras intervenções do EEER, optei por trabalhar com um maior foco as intervenções no âmbito da melhoria da capacidade funcional da pessoa após AVC.

De acordo com a OMS, em 2019 o AVC foi considerado a segunda maior causa de morte e a terceira maior causa de incapacidade (Organização Mundial de Saúde, n.d.) sendo que a DGS (2017) considera o AVC como a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Apesar disso, ainda de acordo com a DGS (2017) a mortalidade por AVC tem vindo a diminuir, motivada, entre outros motivos, pela adoção de medidas estratégicas preventivas e pela melhoria do diagnóstico nesta patologia reforçando desta forma a importância de intervir nesta área.

Para esta patologia contribuem diversos fatores de risco sendo que entre 2012 e 2014, dados mais recentes disponíveis, a prevalência desses fatores de risco, na população portuguesa foi a seguinte: hipertensão arterial 43.1%, diabetes *mellitus* 8.9%, pré-obesidade e obesidade 62.1%, hipercolesterolemia 31.3%, tabagismo 25.4%, dieta inadequada (dieta que não cumpre as recomendações da OMS) 71.3%, consumo de álcool superior ao máximo recomendado 18.8% e níveis baixos de atividade física 29.2% (Bourbon et al., 2019). Devido à elevada taxa de prevalência dos fatores de risco para o AVC na população portuguesa e ao facto de, um ano após o AVC cerca de 30% dos doentes acabarem por morrer e dos que sobreviveram, 40% ficaram incapacitados (Rebelo, 2016), a intervenção do EEER é fundamental dado que este intervém na prevenção, tratamento em fase aguda e reabilitação da pessoa após AVC.

De acordo com os dados apresentados anteriormente, é possível refletir sobre o facto de existir não só uma grande taxa de mortalidade associada à doença, mas também uma grande taxa de incapacidade como consequência do AVC, que representam elevados custos económicos, sociais e uma redução acentuada na qualidade de vida das pessoas. Esta qualidade de vida é afetada pelas próprias incapacidades resultantes da patologia e pela

consequente impossibilidade de regressarem ao trabalho, com impacto económico, ao nível do autoconceito e ao nível das relações sociais (Monteiro, 2011), das quais se destacam as relações familiares (Mountain et al., 2020) tendo assim um impacto nas múltiplas dimensões da vida da pessoa. Assim, a reabilitação tem um papel essencial quer ao nível da melhoria funcional, cognitiva e psicossocial como da própria integração social da pessoa com vista à melhoria da sua qualidade de vida (Fonseca, 2021).

Com base nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (ER), o enfermeiro deve atuar na prevenção de complicações, através da identificação dos riscos de alteração da funcionalidade, e dos fatores que determinem limitações da atividade e incapacidades, definindo intervenções no âmbito reabilitativo que respondam às necessidades do cliente (Ordem dos enfermeiros, 2011). Para isso o EEER está munido de competências acrescidas que lhe permitem “cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida” (Regulamento nº 392/2019), “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrições da participação” (Regulamento nº 392/2019) e “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019).

De modo a melhor compreender a intervenção do EEER na promoção da capacidade funcional da pessoa que sofreu AVC importa contextualizar de forma mais aprofundada esta temática. O AVC é definido como um défice neurológico, focal, de instalação súbita devido a uma alteração na circulação e na perfusão cerebral, originando uma isquemia que se prolonga por um período superior a 24h, e que pode causar uma lesão cerebral irreversível (Hoeman, 2008; Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007). Além disso, de acordo com a etiologia que lhe está associada, o AVC pode classificar-se em dois grandes grupos: isquémico e hemorrágico.

Os incidentes isquémicos representam cerca de 87% destes incidentes neurovasculares (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2023), e podem estar associados a fenómenos ateroscleróticos nos quais existe uma redução do lúmen vascular, sobretudo nas artérias de grande calibre, constituído um fator de risco elevado para a deposição de trombos. Dentro dos AVC isquémicos observam-se vários subtipos de AVC dos quais se destacam a trombose lacunar e os incidentes embólicos. A trombose lacunar ocorre por uma obstrução numa artéria penetrante, afetando os tecidos de estruturas profundas do encéfalo (Monahnan et al., 2007). Já os incidentes embólicos, têm origem cardíaca e resultam de êmbolos que se deslocam na circulação arterial até que se depositam em vasos de menor calibre e ocorrem, na sua maioria, devido a disritmias, como a fibrilação auricular quando não hipocoagulada (Monahnan et al., 2007). Para além destas causas, os AVC isquémicos podem ainda, dever-se à hipoperfusão global secundária a paragens cardiorrespiratórias ou embolias pulmonares, das quais resulta uma redução significativa da circulação e perfusão cerebral, bem como outras origens, destacando-se os

processos inflamatórios, os vasoespasmos e os problemas de coagulação que podem levar à isquemia de determinadas áreas do tecido cerebral (Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007).

Os AVC de etiologia hemorrágica, ocorrem devido à rotura de um vaso, existindo uma quebra da barreira hematoencefálica e uma destruição imediata do tecido adjacente devido à expansão do hematoma, resultando daí um aumento da pressão intracraniana e desvio de estruturas, bem como uma toxicidade devido aos elementos presentes no sangue (Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007). Estes AVC são classificados de acordo com a sua localização destacando-se o AVC hemorrágico subaracnoídeo e o AVC hemorrágico intracerebral. O AVC hemorrágico subaracnoídeo, resulta de uma hemorragia no espaço subaracnoide, na maioria das vezes causada por um aneurisma sacular ou malformação arteriovenosa (Monahnan et al., 2007). Já o AVC hemorrágico intracerebral ocorre devido a uma rotura de uma pequena artéria profunda, causando uma hemorragia no parênquima cerebral, habitualmente associada à hipertensão não controlada. O AVC de etiologia hemorrágica apresenta uma taxa de mortalidade maior quando comparado com o AVC de etiologia isquémica (Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007).

Além dos dois tipos de AVC acima descritos, existem ainda eventos transitórios, nomeadamente o acidente isquémico transitório (AIT), podendo estar relacionado com uma pluralidade de causas, desde uma diminuição momentânea da perfusão cerebral resultante de uma hipotensão, ou um pequeno êmbolo que se solta de uma placa ateromatosa, caracterizado por um episódio breve de défice neurológico, que após cessar, num período inferior a vinte e quatro horas (Monahnan et al., 2007), não deixa quaisquer sequelas.

Por fim, os AVC podem apresentar uma origem idiopática, em relação aos quais ainda não está esclarecida a sua causa. (Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007).

As sequelas secundárias ao AVC, quer sejam transitórias ou permanentes, variam tipicamente de acordo com o local onde a lesão ocorreu. Numa perspetiva geral, os incidentes que ocorrem no hemisfério direito tendem a estar associados a défices motores e do campo visual do lado contralateral, défices na perceção sobretudo espacial, anosognosia, impulsividade, descoordenação e um comportamento geralmente despreocupado com as perdas (Monahnan et al., 2007) e *neglect* (Caldas, 2007). Já os que ocorrem no hemisfério esquerdo, estão associados tendencialmente a défices motores e do campo visual no hemicorpo contralateral, défices de linguagem, dos quais se destacam a afasia e a alexia, comportamento lentificado e cauteloso e ainda défices intelectuais e elevada preocupação e frustração associada às perdas (Monahnan et al., 2007).

Também de acordo com o vaso afetado podem observar-se determinadas alterações neurológicas específicas. Quando a lesão ocorre na artéria cerebral média, local mais comum de obstruções, ou na artéria carótida interna, as manifestações clínicas mais frequentes são a diminuição da força muscular, alterações na propriocepção e no tato e *neglect* no hemicorpo

contralateral, afasia (caso ocorra no hemisfério dominante) e hemianopsia homónima do lado contralateral. Já quando ocorre nas artérias vertebro basilares pode observar-se ataxia, disfagia, disartria, vertigens, nistagmo, défices sensitivos e motores, défices da força muscular e parestesias faciais (Monahnan et al., 2007).

Alguns achados resultantes do AVC, não sendo uma manifestação direta, são geralmente resultantes das alterações cognitivas e da imobilidade e não são específicas de uma lesão numa área em particular, destacando-se as alterações da eliminação vesical e intestinal. Estas alterações são habitualmente transitórias surgindo nos primeiros dias após o evento agudo, manifestando-se por urgência urinária, incontinência urinária, polaquiúria e, no caso das alterações intestinais, por obstipação (Monahnan et al., 2007).

De modo a identificar as reais necessidades resultantes do AVC, importa efetuar uma avaliação exaustiva das múltiplas dimensões afetadas, através de um exame neurológico rigoroso e criterioso, cujas componentes avaliadas serão exploradas abaixo. Só através deste exame neurológico, aliado aos dados subjetivos, dos quais se destacam o contexto em que se insere a pessoa, as suas preferências e motivações, é que é possível construir um plano de intervenção de reabilitação adequado às necessidades identificadas. Como ferramenta direcionada à avaliação da pessoa com AVC, pode recorrer-se à escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) (anexo nº2). Mais do que apenas a identificação das estruturas afetadas, importa identificar e compreender de que modo esses défices afetam a capacidade funcional da pessoa, tendo em conta o seu padrão de satisfação das NHF e qual o impacto específico na sua qualidade de vida da pessoa.

Para realizar esta avaliação criteriosa é necessário avaliar o estado de consciência. A consciência é a perceção que a pessoa tem de si e do meio que a rodeia, o que implica a vigília e o conhecimento da consciência, que diz respeito à orientação d pessoa relativamente a si e ao meio em termos de tempo e espaço (Menoita et al., 2012). Isto remete-nos para o si-autobiográfico em que a pessoa consegue pensar sobre os seus próprios pensamentos (Costa et al., 2021). Existem ainda outros níveis de consciência que vão desde a sonolência ao coma, passando pela sonolência, obnubilação e estupor, que representam a capacidade de interação da pessoa e a sua reação a estímulos externos (Monahnan et al., 2007). Pinto (2001) enuncia uma visão complementar onde o estado de consciência pode apresentar quatro estádios que vão desde a consciência plena passando pelos estados de sonolência e estupor até ao coma, mas segmentando o estado de sonolência em letargia, obnubilação e estado de confusão e delírio. De acordo com a mesma fonte, o estado de consciência plena implica a capacidade de a pessoa responder a estímulos do meio que a rodeia (Pinto, 2001), correspondendo a um estado de vigília. O estado de sonolência pode implicar a letargia, na qual se observa uma resposta lenta e incompleta aos estímulos associada à inatividade (Pinto, 2001). A obnubilação, onde essa indiferença é mais intensa e é possível despertar a pessoa, apesar de tal ser difícil, sendo os períodos de sono mais prevalentes (Pinto, 2001). E o estado

de confusão e delírio, nos quais se observa confusão e/ou delírio, podendo verificar-se agitação aquando do aumento de estímulos (Pinto, 2001). O estado de estupor implica que a pessoa apenas reage a estímulos contínuos e dolorosos, precedendo o estado de coma, no qual a pessoa apresenta apenas uma resposta simples e sobretudo reflexa a estímulos intensos ou mesmo uma abolia (Pinto, 2001). Esta incapacidade de interação com o meio implica uma incapacidade parcial ou total de suprir as suas NHF, representando à partida uma necessidade de ajuda significativa na satisfação das mesmas, uma vez que a pessoa pode apenas conseguir responder às suas necessidades vitais, como respirar e regular a temperatura corporal.

A atenção, outra componente que importa avaliar, é uma dimensão da cognição que designa a capacidade de manter o foco numa determinada atividade, sendo um sinal de consciência que pode ser avaliado e interpretado (Costa et al., 2021; Monahnan et al., 2007). Existem vários tipos de atenção, a atenção focada, em que a pessoa percebe um estímulo em detrimento de outros, a atenção sustentada, em que a pessoa mantém a atenção por um período prolongado, a atenção seletiva, que reflete a capacidade de selecionar a informação apreendida, a atenção alternada, que remete para a capacidade de mudar o foco de atenção entre tarefas diferentes, e a atenção dividida, que reflete a capacidade de responder em simultâneo a vários estímulos sendo esta a forma mais complexa de atenção (Costa et al., 2021).

A memória é outra componente do estado mental, responsável pelo registo de informação, e está subdividida em sensorial, sobre os órgãos e os sentidos, memória imediata, que regista a informação ouvida nos últimos 15 a 20 segundos, memória recente, que se divide em curto (5-10min) e longo prazo (superior o 30min), e memória remota responsável pela retenção permanente da informação selecionada (Menoita et al., 2012).

Devem ainda ser avaliadas a linguagem e a fala no que concerne às capacidades de nomeação, repetição, fluência e compreensão, permitindo perceber se existem alterações como as afasias ou disartrias, sendo esta última explorada mais à frente neste capítulo (Monahnan et al., 2007).

A perceção é essencial no desenvolvimento das capacidades práxicas, sendo as apraxias e gnosias, conceitos explorados mais a diante.

Para realizar uma neuroavaliação adequada é necessário verificar alterações ao nível dos pares cranianos. Estes podem ser avaliados por ordem numérica ou agrupados por funções semelhantes. O primeiro par craniano, o nervo olfativo (I par), com uma função sensorial, deve ser avaliado quanto à capacidade de perceber cheiros e verificar bilateralmente a presença de hiposmia ou anosmia. O nervo ótico (II par), deve ser avaliado em termos da acuidade visual e campos visuais, verificando a existência de diplopia e hemianopsias. O oculomotor comum (III par), Patético (IV par) e oculomotor externo (VI par) apresentam uma função puramente motora do olho, pelo que, importa avaliar os movimentos

do olho, a resposta pupilar e a presença de anisocoria da pupila, ptose palpebral, bem com nistagmo, diplopia ou estrabismo, de modo a verificar alterações da motricidade ocular. O nervo trigêmeo (V par) é responsável pela sensibilidade da face no ramo oftálmico e maxilar, enquanto o ramo mandibular apresenta uma função motora para os músculos da mastigação. Desta forma deve ser avaliado o reflexo córneo-palpebral, a sensibilidade da divisão maxilar bilateralmente e a componente motora, na qual se avalia a força da maxila e a presença de desvio da mesma. O nervo facial (VII par) também um nervo com componente sensorial e motora, é responsável pela sensibilidade facial e pela motricidade da face. A avaliação deste par craniano deve ser realizada tendo em conta a simetria da face e a capacidade de executar movimentos de forma simétrica, como sorrir ou franzir a testa, bem como o paladar nos dois terços anteriores da língua. O nervo estatoacústico (VIII par) inclui a componente coclear, que deve ser avaliada quanto à acuidade auditiva, e a componente vestibular, que deve ser avaliada no que diz respeito ao equilíbrio estático e dinâmico. No que respeita ao nervo glossofaríngeo (IX par), a sua principal função é a sensibilidade da faringe e do terço posterior da língua, portanto é importante verificar o paladar no terço posterior da língua e a presença do reflexo de vômito. Já o nervo vago (X par), em termos motores, é o principal responsável pela motricidade do palato mole, faringe e laringe, pelo que deve ser avaliado o reflexo de deglutição e qualidade da voz. O nervo espinhal (XI par) é o nervo motor que enerva o músculo esternocleidomastóideo e a porção superior do músculo trapézio, pelo que a sua avaliação deve ter em conta se existe uma diminuição da força ao nível desses músculos, verificando a simetria da mesma. O grande hipoglosso (XII par) é responsável pela motricidade da língua, pelo que a avaliação deve focar-se na observação da simetria da língua, bem como nos movimentos de elevação, protusão e lateralização da língua (Pinto, 2001).

Importa referir que é fundamental identificar se a pessoa apresenta a força, a sensibilidade e a coordenação conservadas (Menoita et al., 2012; Monahnan et al., 2007). Para isso utiliza-se uma escala de força, como a escala *Medical Research Council* (MRC) ou a escala de Lower, e de seguida pede-se à pessoa para a executar gestos simbólicos (Pinto, 2001) de modo a identificar a existência de apraxias. No que diz respeito à sensibilidade, a escala de NHISS, permite identificar a existências de desatenção ou negligência hemiespacial, de uma forma eficaz, bem como testar a sensibilidade superficial e profunda. Já para avaliar a coordenação, a mesma escala permite verificar o estado da coordenação através das provas index-nariz e calcanhar-joelho, verificando a existência de dismetrias associadas ao AVC (Menoita et al., 2012). Para Menoita et al. (2012), citando Horne et al (2003), a diminuição da força resultante do AVC é uma das grandes causas de incapacidade grave na sociedade atual sendo que cerca de 70-80% das pessoas que sofreram AVC isquémico possuem alterações motoras. A mesma ideia é reforçada por Ferry et al. (2022) que indica que a hemiplegia é a principal incapacidade resultante do AVC. Por terem um elevado potencial para contribuir para a perda de independência e conseqüentemente da

qualidade de vida da pessoa, destaco as alterações sensoriomotoras como um importante foco de atenção do EEER nos cuidados à pessoa com sequelas de AVC.

Estas alterações sensoriomotoras são definidas como um conjunto de défices que ocorrem por alterações ao nível da capacidade de interpretar estímulos externos e da capacidade de produção de força e/ou movimento (Monahnan et al., 2007), não sendo as incapacidades apresentadas pela pessoa exclusivamente do foro sensorial ou do foro motor, podendo os mecanismos afetados enquadrarem as duas áreas. As alterações da mobilidade podem ser associadas a alterações na força muscular, no tónus muscular, na sensibilidade e/ou nos mecanismos de controlo postural. Estas alterações da força muscular ocorrem por hipoxia do tecido encefálico, provocando alterações nas funções dos neurónios dessas áreas fazendo com que o impulso nervoso deixe de ser conduzido, com possível impacto no feixe corticoespinhal, ocorrendo conseqüentemente uma diminuição parcial ou total da força do segmento corporal, no lado oposto ao da lesão cerebral, originando situações de paresia ou plegia respetivamente (Menoita et al., 2012).

Na fase inicial do AVC observa-se uma perda do tónus muscular, hipotonia, no(s) segmento(s) corporal(ais) afetado(s) de duração variável devido à diminuição ou perda dos reflexos profundos e que frequentemente é substituída por um estado de hipertonia (Gianni, 2007), isto é, por um aumento do tónus muscular, podendo estar associado a um aumento da resistência muscular à mobilização passiva. Este quadro de hipertonia, designado por espasticidade, caracteriza-se por um aumento do tónus muscular com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, com início nos segmentos distais e progressão para os segmentos proximais, geralmente dos músculos antigravítico, originando assim o padrão espástico (Brashear & Elovic, 2011; Direção Geral de Saude, 2010), também denominado por postura de Wernicke-Mann. Às mobilizações ativas pode observar-se neste padrão um aumento rápido da resistência, podendo esta ceder de forma rápida ou lenta, sendo que esta alteração resulta da falta de controlo do sistema nervoso central (Brashear & Elovic, 2011). Quer para suprir as atividades de vida diária, como para executar atividades funcionais mais simples, como manter a posição ortostática e executar a marcha, existem padrões de postura e movimento automáticos e que, no caso da pessoa que sofreu um AVC podem estar comprometidos impossibilitando a realização dessas atividades.

De acordo com o modelo de neurodesenvolvimento (Alashram et al., 2022) o mecanismo de controlo postural é essencial à realização de todos os movimentos voluntários, tendo por base um diverso número de respostas motoras automáticas que são adquiridas durante os primeiros anos de vida (Johnstone, 1979). Destas respostas automáticas podem observar-se reações de retificação, que permitem a manutenção de uma postura adequada e alinhada, reações de equilíbrio, que procuram, como o próprio nome indica, recuperar o equilíbrio e a reação de extensão protetora que é ativada quando o centro de gravidade é deslocado, saindo da sua base de sustentação, e que não é compensado pelas reações de

retificação e de equilíbrio (Menoita et al., 2012). Na pessoa após AVC, estes mecanismos reflexos podem encontrar-se lesados, sendo a pessoa incapaz de iniciar o movimento a partir do lado mais afetado, sendo necessária uma reeducação de todo o mecanismo postural, devendo-se, dentro da capacidade da pessoa, adotar exercícios e atividades terapêuticas que estimulem essa reeducação (Johnstone, 1979). Devido a esta lesão dos mecanismos automáticos podem também desenvolver-se apraxias, isto é, perda de capacidade de executar determinados gestos apreendidos devido à incapacidade de executar a sequência motora requerida e que não se pode associar a uma alteração da compreensão (Alashram et al., 2022) ou a um déficit de atenção (Myung & Pyun, 2023).

A apraxia subdivide-se em apraxia dos membros, bucofacial, construtiva, do vestir e da marcha. A apraxia dos membros corresponde a uma incapacidade de executar gestos apreendidos devido à afeção dos membros, quer seja por diminuição da rapidez e da habilidade, independentemente da complexidade do gesto (apraxia cinética), quer por incapacidade de executar um determinado gesto simples apesar de a pessoa saber como o executar (apraxia ideomotora), sendo este o tipo mais comum de apraxia na pessoa após AVC, segundo Myung & Pyun (2023), quer por incapacidade de executar um movimento complexo apesar de conseguir executar os vários gestos individuais que compõem o gesto complexo (apraxia ideativa). A apraxia bucofacial implica a incapacidade de executar movimentos não verbais que envolvem a face ou a boca (Conterno et al., 2022). A apraxia da fala é um distúrbio da articulação da fala e da prosódia (Yorkstone & Beukelman, 1994) resultante de uma incapacidade de executar gestos específicos necessários à fala (Conterno et al., 2022). A apraxia construtiva manifesta-se na dificuldade em efetuar ou reproduzir desenhos (Menoita et al., 2012). Na apraxia de vestir a pessoa não consegue efetuar os gestos na sequência necessária para que consiga vestir-se (Araujo et al., 2021; Yamazaki et al., 2001). A apraxia da marcha verifica-se quando a pessoa não é capaz de desencadear o gesto necessário para iniciar ou manter a marcha, salvaguardando-se que esta dificuldade não pode estar associada a uma alteração sensorial ou relacionada com a força ou coordenação motora (Menoita et al., 2012). Importa salientar que a existência de uma apraxia para além de se constituir como um obstáculo à consecução das NHF está também associada a um aumento do risco de queda, no caso da apraxia de marcha.

Relativamente à função sensorial esta pode estar comprometida após o AVC já que se pode observar uma diminuição ou abolição da sensibilidade tátil, térmica, dolorosa, postural e/ou vibratória podendo contribuir para o surgimento de disfunções propriocetivas, nomeadamente do *neglect* unilateral, com impacto na capacidade de executar movimentos controlados e eficientes e dificultando a aquisição de novas competências motoras no segmento lesado (Buxbaum et al., 2004; Caldas, 2007), com impacto na capacidade funcional. A negligência hemiespacial unilateral, ou *neglect*, pode manifestar-se pelo autocuidado negligente do hemicorpo afetado (*neglect* pessoal), por apenas comer os alimentos que se

encontram na metade do prato dentro do campo visual (*neglect* peripessoal) ou pelo facto de não explorar o lado do espaço correspondente ao lado lesado (*neglect* do espaço distante), e corresponde a uma incapacidade para perceber, explorar ou responder a um estímulo proveniente do hemiespaço lesado (Buxbaum et al., 2004). Para além do *neglect* unilateral podem ainda observar-se outros tipos de fenómenos de negligência, nomeadamente a anosognosia (negação da existência de uma alteração motora no lado lesado), a hemianomatognosia (a pessoa nega que a metade esquerda do corpo faz parte de si), a astereognosia (ausência de capacidade de identificar um objeto recorrendo apenas ao tato), a esterognosia (ausência de capacidade de reconhecer objetos não recorrendo à visão) e a acromotopsia (incapacidade de reconhecer cores).

As alterações sensoriais e motoras podem ainda manifestar-se ao nível da motricidade facial conduzindo a paresias faciais, devido à interrupção do impulso nervoso motor para os músculos da face por lesão do par craniano afetado resultando numa alteração dos movimentos faciais. Estas alterações faciais, para além das alterações ao nível da funcionalidade, manifestadas por dificuldades em atividades como a fala ou a capacidade para comer, tem ainda impacto nas diversas dimensões da pessoa pois dificultam a comunicação, em especial a comunicação não verbal, e a autoimagem podendo conduzir ao desenvolvimento de alterações psicológicas como o isolamento social ou a depressão (Konecny et al., 2011). A paresia facial pode classificar-se em paresia facial central ou periférica de acordo com o local da afeção do nervo facial. Os sinais clássicos da presença de paresia facial são o apagamento do sulco nasogeniano e o desvio da comissura labial para o lado são (Araujo et al., 2021), bem como o apagamento das linhas presentes na região frontal, no caso da parésia facial periférica.

No que concerne à disartria, apesar de ser considerada uma alteração da linguagem, resulta de uma alteração da musculatura envolvida na fonação como resultado de alterações do tónus muscular, da diminuição da força muscular e/ou por incapacidade ou diminuição da capacidade de coordenação muscular. Assim, a disartria manifesta-se por alterações ao nível da articulação, nasalidade, fonação, inteligibilidade e eficiência da fala (Park & Lee, 2020), fazendo com que o discurso da pessoa fique menos perceptível. Quando esta incapacidade de produzir um discurso perceptível é total, passa a designar-se por anartria. Comparativamente com a afasia, também uma alteração ao nível da linguagem, a disartria não implica uma incapacidade em nomear ou repetir, mas sim uma alteração motora, neste caso dos músculos envolvidos na fonação (Menoita et al., 2012).

Outra alteração que pode ser observada na pessoa após AVC é a disfagia. A disfagia corresponde a uma alteração real ou percebida que, na pessoa após AVC, afeta sobretudo a capacidade preparatória da deglutição caracterizando-se pelo atraso, redução ou ausência dos mecanismos desencadeadores da resposta padronizada devido à alteração do tónus muscular, da diminuição da coordenação ou por bloqueios anatómicos que restringem a

passagem dos alimentos (Baijens et al., 2016). Importa salientar que esta fase preparatória corresponde à parte voluntária do processo de deglutição associada à região cortical, resultante da dificuldade em iniciar a deglutição devido à diminuição da motilidade por alterações neuromusculares (Braga, 2016). No entanto, existem outros tipos de disfagia, nomeadamente a regurgitação nasal, a tosse durante o processo de deglutição, o armazenamento de alimentos na região posterior da boca e a disfagia esofágica na qual existe uma obstrução mecânica que provoca a sensação de retenção de alimentos no esófago. Cerca de 25% a 56% das pessoas que sofrem AVC apresentam disfagia (Braga, 2016), no entanto, geralmente esta sequela fica melhorada cerca de uma semana após a lesão (Menoita et al., 2012). De acordo com a revisão sistemática da literatura levada a cabo por D'Netto et al., (2023), para além da gravidade e localização do AVC e das sequelas concomitantes, o comprometimento da via aérea associado a situações de aspiração de conteúdo alimentar foi o único preditor negativo da recuperação da pessoa com disfagia. A identificação precoce do potencial de reabilitação da pessoa com disfagia permite uma melhor ponderação da necessidade de instituir meios alternativos de alimentação, sendo a melhoria da disfagia um importante preditor do retomar da alimentação por via oral (D'Netto et al., 2023). A disfagia associada ao AVC pode ter como consequências a desidratação, a desnutrição e o aumento do risco de compromisso pulmonar (D'Netto et al., 2023), sendo fulcral a intervenção do EEER na reabilitação da pessoa com disfagia.

Pela imobilidade, pelas alterações da força, pelas alterações dos hábitos de vida diária e do próprio ambiente, pode observar-se uma diminuição da atividade reflexa intestinal e do peristaltismo podendo conduzir a uma situação de obstipação. Para além da obstipação, uma das sequelas possíveis do AVC é a incontinência fecal como resultado de uma diminuição do controlo voluntário do esfíncter anal, apesar de a sensibilidade e os reflexos estarem mantidos, fenómeno designado intestino neurogénico desinibido, provocando na pessoa uma sensação de urgência de eliminação intestinal (Menoita et al., 2012). Segundo Nandmer & Nandmer (2022), as alterações gastrointestinais são mais prevalentes nas pessoas que sofreram eventos isquémicos, sendo esta uma área muitas vezes negligenciada pelos profissionais de saúde e que apresenta uma morbilidade significativa associada, sendo por esse motivo uma área à qual o EEER deverá considerar na sua avaliação e intervenção junto da pessoa com AVC.

Também a incontinência vesical é uma sequela possível do AVC sendo mais prevalente na fase inicial da patologia. Cerca de 48% das pessoas, em Portugal, que sofreram AVC, no momento da alta, sofriam de incontinência urinária, sendo este considerado um fator de mau prognóstico funcional (Menoita et al., 2012). Na fase aguda do AVC, devido a uma lesão cerebral por disrupção do feixe corticorregulador, pode observar-se a existência de uma bexiga neurogénica desinibida manifestada pelo funcionamento vesical normal ou diminuído, sem volume residual, com ausência do controlo voluntário da micção, nócturia, polaquiúria e

sensação de urgência urinária. Pode ainda identificar-se, devido à hipotonia dos músculos da bexiga, uma retenção urinária (Menoita et al., 2012). De acordo com Boulanger et al. (2018) todas as pessoas que sofrem AVC deveriam ser avaliadas quanto à presença de incontinência urinária uma vez que esta pode ser uma das complicações do AVC e que apresenta um elevado potencial de perda de funcionalidade (Hay-smith et al., 2022), dado que a eliminação é uma das NHF. Segundo os mesmos autores associada a essa avaliação devem ser identificadas as causas adjacentes à incontinência, de modo que seja possível ao EEER desenvolver um plano de cuidados ajustado às causas específicas dessa incontinência. Segundo o estudo de Hay-smith et al. (2022) as pessoas nas quais foi identificada incontinência urinária tiveram uma necessidade maior de recorrer a estruturas residenciais com apoio de saúde após a alta comparativamente com as pessoas às quais não foi diagnosticada esta sequela, o que reforça a necessidade de uma intervenção precoce na minimização do impacto da incontinência e/ou na melhoria do prognóstico associado a esta.

Tendo em conta as alterações da funcionalidade com impacto na satisfação das NHF, o projeto de suporte aos estágios e os próprios estágios foram sustentados pelo modelo teórico de Virgínia Henderson, já que de acordo com a autora a presença de patologias e a capacidade física e intelectual são condições que afetam a capacidade da pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas (Henderson, 2004). Deste modo, importa que o enfermeiro aproxime as suas intervenções às preferências da pessoa no que concerne à satisfação das suas necessidades, de modo a prestar cuidados de maior qualidade e centrados na pessoa e nas suas reais necessidades. No caso dos défices ao nível da capacidade funcional da pessoa, não só ocorre uma alteração no padrão de satisfação das suas necessidades, como podem surgir necessidades de dependência de terceiros para suprir que seja possível suprir essas mesmas necessidades. De modo a permitir à pessoa melhorar o seu padrão de satisfação das NHF, com foco na melhoria da capacidade funcional, isto é, na capacidade da pessoa para executar atividades relacionadas com a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais (A. H. Pinto et al., 2016), importa que o EEER efetue uma avaliação cuidadosa da componente física, social, relacional e psicológica da pessoa.

Deste modo, e para identificar de que modo o EEER pode intervir para melhorar a capacidade funcional da pessoa, que se encontra comprometida devido ao AVC, foi efetuada uma revisão sistemática da literatura, ainda na construção do projeto de estágio, onde foram identificadas as principais intervenções do EEER neste domínio.

De acordo com Hasan et al. (2016), Sall et al. (2019), Cardoso et al. (2010) e Machado et al. (2016) uma das intervenções para a melhoria da capacidade funcional é o treino de exercício aeróbio que consiste num plano estruturado de repetições de determinados exercícios físicos cujos períodos de tempo e a intensidade são planeados de modo a melhorar a condição física da pessoa. Esta intervenção recomenda-se sobretudo para a melhoria da marcha e da capacidade cardiovascular através da melhoria do equilíbrio, força muscular e

capacidade de marcha. Alguns dos exercícios enunciados na literatura são o treino em passadeira anti gravítica, a bicicleta e o treino de marcha supervisionado.

A *Task oriented practice or repetitive task* é uma técnica mencionada por Sall et al. (2019) e Vieira (2015), que consiste na repetição de movimentos como alcançar um objeto, agarrou ou mover algo ao longo de uma determinada trajetória. Este tipo de exercícios permite melhorar a capacidade motora global, a marcha e a postura e apresenta resultados ao nível da melhoria da capacidade funcional, já que envolve o treino de movimentos necessários para o desempenho de tarefas no quotidiano. Também Carey (2017) e Menoita et al. (2012) defendem a pertinência desta intervenção, mas acrescentam a importância da utilização de objetos de diferentes tamanhos, pesos e texturas de modo a estimular a componente sensorial da mão e o trabalho da motricidade fina, com vista à melhoria da sensibilidade.

Para Aquino et al. (2021) e Sall et al. (2019) a terapia com espelho permite melhorar a perceção sensorial do membro lesado sendo uma ferramenta de auxílio da interação da pessoa com essa estrutura corporal, minimizando ou revertendo possíveis sequelas uma vez que com esta técnica é gerada uma ilusão de que o membro superior se move fazendo com que o cérebro lute contra estímulos distintos, isto é, o estímulo visual do movimento e a paralisia apreendida. Além disso permite ainda promover uma reorganização ao nível cortical devido ao aumento do *input* de informação somatossensorial. Para Aquino et al. (2021) esta técnica permite uma melhoria da capacidade motora grossa e fina bem como ganhos motores e funcionais.

A intervenção *shaker exercise* consiste no posicionamento da pessoa em decúbito dorsal e na execução de movimentos de levar o queixo ao peito com ou sem resistência com impacto no fortalecimento da musculatura cervical anterior permitindo no caso das pessoas com disfagia fortalecer a musculatura da orofaringe.

A terapia de estimulação cutânea mencionada por Carey (2017) consiste num “bombardeamento” de estímulos sensoriais, térmicos, táteis e vibratórios. Esta intervenção permite a estimulação do lado lesado de forma generalizada com potencial para melhorar a função sensitiva.

Para Eraifej et al. (2017) e Sall et al. (2019) a estimulação elétrica funcional consiste na aplicação de uma corrente elétrica com o intuito de efetuar uma estimulação dos neurónios motores de modo que o músculo contraia e crie ou facilite o movimento. Esta intervenção apenas se encontra validada para os grupos musculares dos membros inferiores com potencial para melhorar a capacidade de marcha, segundo os autores mencionados.

Apesar de se encontrar no domínio das intervenções de enfermagem interdependentes, Sall et al. (2019) e Machado et al. (2016) exploram a terapêutica farmacológica com toxina botulínica e baclofeno dado que se considera que atuam na diminuição da espasticidade permitindo uma facilitação das intervenções centradas na reabilitação motora implementadas posteriormente.

O estudo de Pugliese et al. (2018) foca-se na terapia com recurso à utilização de *tablets* com o intuito de facilitar o acesso à reabilitação de modo precoce. Esta ferramenta, segundo o autor, tem uma eficácia maior ao nível das áreas cognitiva, de comunicação e da motricidade fina. No entanto, ainda não é possível comprovar a sua eficácia. Ainda dentro do domínio da utilização de tecnologias, Ellis et al. (2021) sugerem a utilização de realidade virtual como terapia auxiliar uma vez que, segundo os mesmos, a associação desta tecnologia em conjunto com o treino de exercício apresenta uma melhoria potencial da capacidade motora. Além disso permite ainda à pessoa a melhoria da capacidade sensorial através da imersão nessa realidade virtual permitindo integrar os movimentos em termos sensoriais. Tal como acontecia com a utilização de *tablets* ainda não se verifica evidência suficiente quanto à eficácia desta intervenção. No entanto, Yates et al. (2016), no seu estudo comparativo entre a utilização de dispositivos de *gaming* convencionais e a utilização de sistemas de realidade virtual no âmbito da reabilitação, concluiu que os dispositivos convencionais revelaram-se menos eficazes comparativamente com os dispositivos de realidade virtual uma vez que estes apresentam uma maior regulação dos parâmetros das atividades a serem efetuadas e uma maior adaptabilidade. Lo et al. (2017), abordam a utilização de dispositivos robóticos no treino da motricidade com resultados ao nível do treino dos membros inferiores comparativamente com a terapia convencional, nomeadamente no que concerne às mobilizações ativas assistidas e passivas, à melhoria da marcha e no conseqüente desempenho nas atividades de vida diária. Já no treino dos membros superiores, com recurso a estes dispositivos, os autores não observaram vantagens da utilização deste tipo de tecnologia quando comparada com as intervenções convencionais.

Uma intervenção transversal a todas as intervenções mencionadas é o tratamento da sintomatologia depressiva, intervenção sugerida por Pugliese et al. (2018) e Sall et al. (2019) que, apesar de não ser exclusiva do EEER, pode ter um impacto significativo no processo de reabilitação da pessoa. Algumas das intervenções sugeridas na literatura incluem a utilização de *tablets* no processo de reabilitação, a terapia cognitivo-comportamental e a terapêutica com recurso a fármacos antidepressivos (Pugliese et al., 2018; Sall et al., 2019).

Para além das intervenções apuradas na revisão da literatura existem inúmeras intervenções presentes na literatura de referência, enunciadas de seguida.

Os programas de regulação sensorial visam a estimulação controlada dos sensores, visual, auditivo, olfativo, paladar e tátil, tendo como principais objetivos promover o retorno à vida de relação, prevenir a privação sensorial, promover a resposta comportamental e contribuir conseqüentemente para a recuperação da pessoa (Costa et al., 2021). Este tipo de programas deve também ser trabalhado junto da família de modo a capacitá-la para que os próprios cuidadores aumentem os momentos de estimulação sensorial. Estes estão indicados para pessoas com lesão cerebral adquirida, após 72h da lesão e mediante a sua estabilidade hemodinâmica (Costa et al., 2021). A seleção de estímulos deve ter em conta a condição da

pessoa, a suas preferências e estímulos relacionados com a vida da pessoa, como fotografias ou cheiros familiares, devendo ser implementados em modalidades unimodal, bimodal ou multimodais, em sessões de 10 a 20 minutos, uma a duas vezes por dia, podendo ir até sessões de 90 minutos, mediante a condição da pessoa, sendo que entre sessões deve ser garantido o descanso e relaxamento da pessoa (Costa et al., 2021).

Numa fase inicial do processo de reabilitação, a adoção de posicionamentos terapêuticos é essencial para a prevenção da espasticidade permitindo contrariar a postura de *Wernicke-Mann*, reduzindo consideravelmente o seu desenvolvimento. Para além disso, essas intervenções visam prevenir alterações músculo-esqueléticas e a manutenção da integridade corporal e cutânea (Menoita et al., 2012). Estes posicionamentos devem garantir um alinhamento corporal e salvaguardar a proteção das proeminências ósseas de modo a evitar lesões músculo-esqueléticas e perdas da integridade cutânea. Além disso importa mobilizar a pessoa colocando-a num posicionamento antiespástico que se caracteriza pela adoção de uma posição que contrarie o padrão habitual da espasticidade, isto é, deve efetuar-se um alinhamento da cabeça com o tronco, a cabeça deve ser inclinada para o lado menos afetado e deve ser realizada rotação do tronco para o lado mais afetado. Também a articulação escapulo-umeral deve ser posicionada efetuando a rotação externa e abdução da articulação. Além disso deve garantir-se a extensão do cotovelo, do punho e dos dedos, devendo estes últimos estar em abdução, realizar a supinação do antebraço e colocar o tronco em extensão com a bacia em balsa posterior. A coxofemoral de ser posicionada com uma rotação interna e ligeira flexão, bem como a flexão do joelho e da tibiotársica (Grade, 2018). Além de prevenir a espasticidade, a adoção de um decúbito sobre o lado lesado tem ainda potencial para promover a estimulação sensorial do membro contribuindo para o processo de reabilitação da pessoa.

De acordo com Johnstone (1979) as atividades terapêuticas devem seguir o princípio do neurodesenvolvimento, isto é, devem ser implementadas de acordo com as atividades motoras adquiridas pela criança ao longo do seu desenvolvimento. Deste modo deve iniciar-se por rolar, uma vez que este movimento no leito tem potencial para facilitar o autocuidado, controlar e reduzir a espasticidade, favorecer o alinhamento corporal, reeducar o reflexo postural do lado afetado e estimular a sensibilidade (Rocha et al., 2020), devendo estes movimentos ser realizados de forma bilateral. A ponte é também um exercício terapêutico recomendado por Rocha et al. (2020) que considera que o mesmo permite contrariar a rotação externa do membro inferior afetado, contrariar a espasticidade e elevar a bacia com consequente recrutamento dos músculos do tronco, que se encontram envolvidos na adoção da posição ortostática, contribuindo assim para uma preparação da pessoa para a marcha. A pessoa deve ainda ser encorajada a efetuar auto-mobilizações com o intuito de integrar o hemicorpo afetado e de manter os membros superiores numa posição que contrarie a espasticidade (Rocha et al., 2020).

Outra atividade terapêutica sugerida por Rocha et al. (2020) é a facilitação cruzada na qual a pessoa cruza a linha média sobre o lado lesado. Esta atividade permite a estimulação do tronco ao nível do lado afetado, estimula a sensibilidade e reeduca o reflexo postural do lado lesado com vista a uma reabilitação bilateral do corpo. Esta técnica deve ser utilizada preferencialmente na maioria dos contactos com pessoa nomeadamente através de uma abordagem pelo lado lesado bem como a colocação dos objetos neste mesmo lado de modo que a pessoa seja encorajada e automobilizar-se com recurso a esta técnica. Esta é uma técnica que deve ser implementada tanto pelos profissionais de saúde que interagem com a pessoa como pelos familiares, que devem ser incentivados a utilizar esta técnica sempre que possível quando se encontram junto da pessoa, estando desta forma a contribuir ativamente para o seu processo de reabilitação.

A marcha de pessoas com hemiparesia caracteriza-se por passos mais curtos, com maior duração do apoio e menor duração da fase de balanço no lado afetado e está relacionada com as dificuldades da pessoa em avançar o centro de gravidade na última parte do apoio (Kott, F; Lehmann, J. 1994). Já na marcha atáxica, típica de lesões do cerebelo a pessoa apresenta dismetria e descoordenação pelo que a vacilação e falta de movimentos, é compensada com uma marcha de base larga (Kott, F; Lehmann, J. 1994).

Os exercícios de mobilização podem ser classificados tendo em conta a sua intensidade em passivas-assistidas, ativas e ativas resistidas. Estas atividades terapêuticas têm como objetivo melhorar a circulação de retorno, manter e melhorar a amplitude de movimentos, conservar a flexibilidade, readquirir o esquema corporal, estimular o reflexo postural, estimular a sensibilidade propriocetiva e melhorar o equilíbrio permitindo facilitar as atividades de vida diária no leito e criar condições para auxiliar a pessoa no levante (Machado et al., 2016; Rocha et al., 2020). Segundo Menoita et al., 2012 estes exercícios devem ser iniciados de forma mais precoce possível uma vez que o estímulo propriocetivo aumenta o fluxo sanguíneo do córtex sensoriomotor.

De acordo com a revisão da literatura efetuada por Zhao et al. (2022) o treino de *Motor Imagery*, consiste na visualização de movimentos sem os executar e tem a capacidade de melhorar a funcionalidade dos membros inferiores. Esta terapia demonstra uma maior eficácia quando aliada a terapias de reabilitação convencionais, como o treino de força e equilíbrio.

O treino de equilíbrio permite reeducar o reflexo postural, inibir a espasticidade, estimular a musculatura e sensibilidade do lado lesado e preparar a pessoa para o treino de marcha (Rocha et al., 2020). Esta intervenção deve ser iniciada por exercícios de equilíbrio estático evoluindo para o equilíbrio dinâmico com e sem balanço de acordo com a evolução da pessoa (Rocha et al., 2020).

O treino de marcha permite adquirir novamente o padrão automático de marcha que ficou comprometido com o AVC e deve ser realizado de modo que a pessoa possa tomar

consciência do seu corpo introduzindo correções posturais e evitando a extensão máxima dos membros inferiores transferindo o peso para o lado lesado (Menoita et al., 2012).

Tanto o treino de marcha como o treino de equilíbrio são essenciais na reabilitação da pessoa com AVC com afeção da capacidade funcional, mas devem ser integrados nos programas de reabilitação concomitantemente com outras intervenções, como as mobilizações ativas e passivas.

No que concerne à eliminação, tanto vesical como intestinal, esta deve ser também uma área de atenção da enfermagem de reabilitação. Le Danseur (2020) diz-nos que a maioria das pessoas após AVC são inicialmente incontinentes urinárias mas, com o treino, são capazes de recuperar a capacidade de continência urinária. A intervenção do EEER nesta área deve ter como objetivo não só restabelecer a continência urinária mas também ensinar a pessoa e a família a gerir esta situação de incontinência, no domicílio (Le Danseur, 2020).

Numa fase inicial, é de extrema importância que na avaliação da pessoa se determine o seu padrão de eliminação vesical antes do AVC, pois estes dados são essenciais para nortear o objetivo final da reabilitação neste domínio. Com vista a atingir este mesmo objetivo, as intervenções devem ter em conta o estado cognitivo da pessoa de modo a serem adaptadas e centradas nas suas capacidades e necessidades. Das intervenções identificadas na literatura destacam-se o treino vesical com utilização de técnicas de distração e relaxamento para inibição da vontade de urinar estabelecendo-se um programa educacional, '+Efvhklç~º com horários estipulados para micções e realização de reforço positivo (J. Santos, 2022a). Outra das estratégias pode ser a utilização de exercícios de treino da musculatura pélvica de modo a aumentar a resistência na uretra através da ativação dos músculos do pavimento pélvico (Chiado et al., 2022; J. Santos, 2022a). Os problemas do foro cognitivo representam uma barreira importante ao processo de reabilitação pelo que por vezes o objetivo passa por ensinar a pessoa a assumir a responsabilidade pelas idas ao WC utilizando um reforço positivo sempre que não existem incidentes (J. Santos, 2022a).

Quanto à eliminação intestinal, de acordo com Santos (2022b) e Le Danseur (2020), a principal meta na reabilitação neste domínio é estabelecer um padrão intestinal semelhante ao que existia previamente ao AVC, para isso a primeira intervenção deve ser a identificação do padrão de eliminação intestinal existente antes do AVC. Uma das principais intervenções consiste em estimular o peristaltismo, pois este pode encontra-se afetado devido à imobilidade experimentada na primeira fase após a lesão (Le Danseur, 2020). De acordo com o mesmo, tal como ocorre na incontinência vesical, é possível recuperar a continência intestinal da pessoa. Para isso, pode ser necessário recorrer a terapêutica laxante, estabelecer um horário de eliminação, bem como, adaptar a dieta preconizando-se uma hidratação adequada e uma dieta equilibrada e rica em fibras (J. Santos, 2022b). Está também recomendada a prática de exercício físico, a promoção de um levante precoce e o incentivo à pessoa para realizar as

suas atividades de vida diária habituais de modo a restabelecer o trânsito intestinal (J. Santos, 2022b).

Em suma, o EEER deve atuar em todas as fases do AVC adequando a sua intervenção aos desafios específicos de cada fase. Na fase aguda, correspondente ao início do processo de reabilitação, os objetivos de reabilitação são o retardar do aparecimento da espasticidade e a estimulação da propriocepção e da força muscular. Na fase de recuperação, até aos 3 meses após o AVC, os objetivos passam por estimular a força muscular, treinar o equilíbrio sentado e em ortostatismo, as transferências, o levantar e treinar atividades de vida diária. Na fase de sequelas, finda a fase de recuperação, importa assegurar a manutenção das aprendizagens e a promoção da capacitação familiar para a prestação de cuidados e apoio à pessoa com sequelas de AVC (Johnstone, 1979).

Em 2020, a esperança de vida à nascença situava-se nos 80,7 anos (PORDATA, 2022a). Em simultâneo também o índice de envelhecimento da população tem vindo a aumentar sendo que em 2021 existiam 182,7 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2022b). Dada a elevada prevalência de fatores de risco (Bourbon et al., 2019) para o surgimento do AVC, em especial na população idosa, e ao envelhecimento progressivo da população, apesar da diminuição da incidência de AVC nos últimos anos, motivada sobretudo pela prevenção efetuada, é expectável que se observe ainda uma incidência significativa de AVC. Tendo em conta que, segundo Rebelo (2016), cerca de 40% das pessoas que sofreram AVC ficam incapacitadas, observa-se uma crescente necessidade de cuidados profissionais e informais a estas pessoas. Grande parte dos cuidadores informais cohabitam com a pessoa dependente (Petronilho. F., 2007) sendo que mais de metade dos cuidadores informais, que prestam cuidados às pessoas após AVC, são os filhos uma vez que o conjugue apresenta ele próprio incapacidade de providenciar os cuidados necessários à pessoa (Boulanger et al., 2018). Assim, devido a esta realidade, para além das intervenções dirigidas à pessoa, é de real importância que o EEER foque a sua atenção também na família e cuidadores uma vez que estes, não só são aliados importantes no processo de reabilitação, mas também eles próprios têm necessidades particulares, algumas das quais associadas ao processo de cuidados à pessoa após AVC e aos desafios que este cuidado representa. Estando os cuidados informais associados a um grande desgaste do cuidador, com consequências físicas e emocionais para o mesmo, importa compreender que, segundo um estudo desenvolvido por Silva et al. (2016), os principais motivos apontados pelos cuidadores informais para o aumento da sua sobrecarga foram a falta de apoio profissional, a falta de suporte familiar e outros fatores relacionados com a pessoa alvo dos cuidados. Se a estes fatores adicionarmos a falta de conhecimento e capacidades o risco de sobrecarga é tendencialmente maior. Deste modo, importa que, no âmbito da sua intervenção, o EEER auxilie a família e cuidadores na identificação e articulação de estruturas e recursos existentes na comunidade que possam melhorar o suporte dos mesmos diminuindo deste modo a sua sobrecarga (Silva et al., 2016),

bem como sugerir grupos de apoio existentes na comunidade que possam auxiliar o cuidador informal a adaptar-se a este novo papel (Mountain et al., 2020b). Para além disso também a educação para a saúde, através da transmissão de conhecimentos e da capacitação, é uma importante área de atenção (Mountain et al., 2020b; Predebon et al., 2021) do EEER dado que, ao estar munida de conhecimento que lhe permita sentir-se capaz e motivada para prestar os cuidados necessários (Petronilho. F., 2007) a sua sensação de autoeficácia e de competência perante os cuidados que necessitam de prestar, bem como a sua motivação para os mesmos apresentam uma melhoria (Petronilho. F., 2007; Silva et al., 2016), traduzindo-se numa menor sensação de sobrecarga para o cuidador e numa maior segurança para a pessoa cuidada.

Segundo Predebon et al. (2021) as áreas de cuidados apontada como aquela que gera maior dificuldade e insegurança ao cuidador são os levantares e transferências. Esta dificuldade é agravada pelo conhecimento e capacidade insuficiente para executar as mobilizações em segurança, resultando em lesões musculoesqueléticas para os cuidadores (Cheng et al., 2018), o que reforça a importância de o EEER intervir não só junto da pessoa que sofreu AVC, mas também junto da família cuidadora.

De acordo com a *Canadian Stroke Best Practice Recommendations* (Mountain et al., 2020b) o plano de reabilitação deve ser efetuado em conjunto com a pessoa e família ou cuidador, devendo este ser centrado na família através do ajuste das intervenções aos valores e necessidades da mesma e de cada um dos seus membros. O mesmo documento (Mountain et al., 2020b) destaca ainda a importância da educação para a saúde através de ensinamentos e treinos que permitam capacitar os cuidadores para os cuidados seguros à pessoa após AVC sendo esta uma evidência de categoria B.

O regresso a casa, segundo Petronilho. F. (2007), é um momento com um impacto muito negativo para a família devido à escassez de informação que possuem relativamente às necessidades de cuidados do familiar e à falta de recursos disponíveis para receber a pessoa no domicílio. Neste domínio, para além da educação para a saúde, o EEER tem um papel privilegiado na promoção da adaptação do domicílio às necessidades da pessoa. Ambas as intervenções deveriam ocorrer, idealmente, antes da alta hospitalar da pessoa de modo a diminuir o *distress* para o cuidador e melhorar a segurança para o cuidador e pessoa cuidada.

Transversalmente a todas as áreas de intervenção do EEER supracitadas, importa avaliar a motivação da pessoa e família para o processo de reabilitação e intervir na sua promoção de modo a melhorar a adesão ao processo de reabilitação.

O desenvolvimento académico das questões relacionadas com as intervenções de enfermagem na pessoa após o AVC, nomeadamente nas áreas sensoriomotoras, são de especial relevância pela prevalência de AVC no panorama nacional e global. Desta forma, foi considerada uma área de investigação prioritária pela Assembleia do Colégio de

Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo a intervenção do EEER autónoma, no que concerne à função motora.

Após a escolha da área de intervenção para o projeto realizado, a escolha dos locais de estágio foi realizada com o intuito de concretizar os objetivos propostos no mesmo, considerando as necessidades de participar numa componente hospitalar e comunitária. No primeiro contexto foi selecionado uma Unidade de Cérebro Vasculares (UCV) com duração entre 26 de setembro de 2022 e 25 de novembro de 2022. No segundo momento deste estágio foi selecionada uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), frequentado entre 26 de novembro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023. Estas escolhas impuseram-se com as possibilidades de desenvolver as atividades relacionadas com a intervenção do EEER, nas áreas motora e sensorial, bem como a área cognitiva da pessoa após AVC, desenvolver competências relacionadas com o perfil do EEER, bem como desenvolver as competências académicas necessárias à aquisição do nível de mestre, de acordo com os descritores de Dublin.

Para este ensino clínico, foram definidos no projeto os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências específicas ao nível da intervenção do EEER nas áreas sensorial e motora, da pessoa após AVC;
- Desenvolver competências específicas do EEER, nas áreas cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexualidade;
- Desenvolver competências comuns ao nível do enfermeiro especialista na área do planeamento, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem;

O seguinte relatório iniciar-se-á com a descrição, análise crítica e reflexão acerca das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, tendo em conta as competências específicas do EEER e das competências comuns do enfermeiro especialista. Posteriormente, apresenta-se a avaliação global das aprendizagens realizadas, com enfoque nos principais contributos obtidos com a implementação do projeto. E finalmente serão apresentadas as conclusões e trabalho futuro.

# **1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo pretende-se efetuar uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e da forma como estes permitiram alcançar os objetivos individuais estabelecidos no projeto de estágio, além do desenvolvimento das competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019) e comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Todos os documentos que suportaram a aquisição destas competências, encontram-se em apêndice, sendo constituídos por jornais de aprendizagem (apêndices nº2 e 3), apresentações de estudos de caso (apêndices nº4 e 6) e pôsteres científicos apresentados nos congressos da Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (apêndice nº5) e no congresso da Associação de unidades de Cuidados na Comunidade (apêndice nº7). Para além disso tive ainda oportunidade de participar numa aula enquanto palestrante convidado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente da Pessoa em Situação Crítica.

## **1.1. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

Para a realização da análise das competências específicas do EEER, irei relacionar cada domínio de competência específico com os objetivos delineados no projeto de estágio, bem como com as atividades estabelecidas e desenvolvidas no contexto de estágio, que permitiram o desenvolvimento destas mesmas competências. Além disso, todo este processo foi sustentado pela Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson, que também irá servir de fio condutor nesta análise crítica das competências desenvolvidas.

Para as competências específicas do EEER foram definidos dois objetivos gerais aos quais tentei dar resposta durante os estágios: Desenvolver competências específicas ao nível da intervenção do EEER nas áreas sensorial e motora da pessoa com AVC e desenvolver competências específicas do EEER nas áreas cardiorespiratória, alimentação, eliminação e sexualidade.

### **1.1.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados e capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Para responder a esta competência foram traçados dois objetivos: desenvolver planos de intervenção que promovam a capacidade adaptativa com finalidade ao autocontrolo e satisfação das NHF durante os processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade e desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC.

Com vista ao atingimento destes dois objetivos, foram formulados e apresentados dois planos de intervenção (disponíveis no suporte de apresentação dos casos clínicos (apêndices nº4 e 6).

Em contexto hospitalar, acompanhei mais de perto o caso da Sra. L., uma pessoa idosa de 67 anos, previamente independente nas atividades de vida diária, que sofreu um AVC hemorrágico talamo capsular e que se encontrava em fase hiper-aguda e aguda do AVC. Foi efetuada uma apreciação centrada nas múltiplas dimensões da pessoa. Para além da componente psicossocial e espiritual da pessoa efetuou-se um exame físico global, com enfoque na componente cardiorespiratória e neurológica, tendo esta última por base a escala NIHSS (Anexo nº2), uma avaliação do equilíbrio e capacidade de marcha, recorrendo à escala de Berg (Anexo nº3) e Tinetti (Anexo nº4) e a uma avaliação do grau de dependência através da escala de Barthel (anexo nº1), permitindo esta também identificar as NHF que a pessoa não consegue satisfazer de forma independente, de modo a nortear a intervenção do EEER.

A Sra. L., no momento da apreciação, encontrava-se vigil e orientada na pessoa e no espaço com capacidade de comunicação mantida e sem défices. Apresentava uma diminuição da força muscular do hemicorpo à esquerda na generalidade dos movimentos (grau 3/5 de acordo com a escala de força da MRC) e alterações da sensibilidade no mesmo hemicorpo. Consequentemente a estes défices apresentava alterações da mobilidade que comprometiam a capacidade de se posicionar, aumentando o risco de lesões por pressão, e de realizar os seus cuidados de higiene e o vestir e despir. Também a capacidade de se alimentar estava comprometida devido às mesmas alterações motoras e sensitivas estando a cliente entubada nasogástricamente. Por este motivo considerei essencial uma avaliação com enfoque nas alterações da deglutição tendo sido utilizadas a escala de confusão de Neecham, a *viscosity swallowing test* e a escala de Guss, bem como a avaliação das estruturas da orofaringe com base no protocolo da UCV. Da avaliação da deglutição identificou-se uma abolição do reflexo de vômito e de deglutição com consequente disfagia tendo sido realizados treinos de motricidade orofacial, manobras de deglutição (Branco & Portinha, 2017), estimulação sensorial, estimulação do reflexo de deglutição, técnicas posturais (Braga, 2016; Branco & Portinha, 2017) e exercícios de shaker (Sall et al., 2019).

Na componente da eliminação identificou-se uma alteração na capacidade de continência intestinal. Após a identificação dos principais problemas da pessoa, foi formulado o plano de cuidados (apêndices nº4 e 6) . Do plano de cuidados imergiram diversas intervenções com o intuito de melhorar a capacidade funcional da pessoa e retardar ou evitar o surgimento de complicações. Na área motora, foram efetuadas intervenções de mobilização ativa e passiva, ensinamentos focados nas automobilizações (Marques-Vieira & Sousa, 2016; Rocha et al., 2020), exercícios de *task oriented practice or repetitive task practice* (Sall et al., 2019; Vieira, 2015), de modo a melhorar a capacidade motora global através da repetição de exercícios que envolvam o esquema de movimentos necessários para alcançar um objeto. Com vista à melhoria da postura corporal foi efetuada terapia com recurso a espelho (Aquino et al., 2021). Para a melhoria da componente sensorial foram realizadas terapia de manipulação repetitiva de objetos (Carey, 2017), com vista à estimulação sensorial através de estímulos vestibulares e táteis envolvendo a manipulação de objetos de diferentes pesos, tamanhos e texturas bem como a terapia de estimulação cutânea, na qual utilizei materiais com diferentes texturas, desde material de borracha a pinceis, de modo a realizar um “bombardeamento” com múltiplos estímulos sensoriais, térmicos, táteis e vibratórios. Dado o grau de dependência total da Sra L., este tipo de exercícios têm um potencial de melhoria de diversas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária melhorando consequentemente a sua capacidade funcional e qualidade de vida. À avaliação dos resultados das intervenções efetuadas não foi possível identificar alterações à condição inicial da Sra. L. uma vez que o período de intervenção foi extremamente reduzido devido às características particulares da UCV.

Em contexto comunitário foi possível acompanhar diversas situações pontuais, nomeadamente de pessoas em fase reabilitativa e crónica (Johnstone, 1979) do AVC, nas quais foram implementadas as intervenções supra indicadas. No entanto, dado o acompanhamento não continuado destes casos não foi possível efetuar um acompanhamento das situações que permitisse uma correta apreciação e formulação de um plano de cuidados. Nestas situações foi desenvolvida sobretudo a minha capacidade técnica e instrumental. No que concerne à dimensão da eliminação apenas foi possível a realização do treino de hábitos, como intervenção, junto de uma pessoa após AVC, tendo essa intervenção sido limitada pela não adesão por parte do sujeito de cuidados.

Também em contexto comunitário, acompanhei o caso do B., uma criança de 18 meses diagnosticada com polimicrogiria, hipoplasia do cerebelo e do bulbo e pé boto. Destas patologias identifica-se um subdesenvolvimento da criança, nos domínios da fala, cognição e área motora. Para a avaliação da situação do B., recorri inicialmente a um exame físico global, uma avaliação neurológica e uma avaliação do desenvolvimento, de acordo com os marcos expectáveis para cada etapa do desenvolvimento da criança (Ribeiro, 2021). Para além disso, para avaliar a componente motora utilizou-se a escala MRC para determinar a força muscular

(3/5 global e 2/5 na flexão e extensão do joelho bilateral) e a gonometria para determinar a amplitude articular, apresentando uma hiperflexibilidade da articulação coxofemural e uma hiperextensão dos joelhos com necessidade de aplicação de bandas neuromusculares para estabilização das articulações e diminuição das compensações (Dos Santos et al., 2010; Zavarize & Martelli, 2014).

Na alimentação, o B. apresentava um reflexo de tosse diminuído e uma bolição do reflexo de deglutição, avaliados segundo a *viscosity swallowing test*, a escala de *Guss* e a avaliação das estruturas da orofaringe, na qual não realiza a elevação e protrusão da língua com necessidade de ser alimentado com recurso a uma Gastrotomia percutânea (PEG).

Apesar de todas as áreas que se encontram comprometidas, foquei a minha intervenção enquanto enfermeiro de reabilitação nas dimensões da deglutição e da respiração uma vez que nas outras componentes existia uma intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar.

À avaliação da respiração, encontrava-se eufneico com aporte de oxigenoterapia por ventilação não invasiva (VNI) a 2 litros por minuto, com uma saturação periférica de oxigénio de 94%, um padrão respiratório diafragmático, simétrico, regular e com uma amplitude normal. Apresentava também um cansaço a pequenos esforços e secreções purulentas espessas com necessidade de aspiração contínua. À auscultação tinha murmúrios vesiculares mantidos e roncos em todo o campo pulmonar. Deste modo identifiquei como problemas uma ventilação e limpeza das vias aéreas ineficazes.

Após formular o plano de cuidados tive oportunidade de implementar diversas intervenções, como a cinesiterapia respiratória, técnicas de drenagem postural, gestão da VNI e da oxigenoterapia e a aspiração de secreções. Durante o acompanhamento e intervenção procedeu-se constantemente à reavaliação da situação e adoção de alterações ao planeamento das mesmas sempre que necessário. À avaliação final destas intervenções, que ocorreu cerca de dois meses após a primeira avaliação, identificou-se uma maior tolerância ao esforço, à diminuição da presença de secreções com a possibilidade de efetuar titulação da oxigenoterapia mantendo-se esta apenas no período noturno em conjunto com o VNI e a uma melhoria franca da auscultação pulmonar.

Após identificar os problemas relacionados com a deglutição, e construir o respetivo plano de cuidados, foram implementadas as seguintes intervenções: estimulação do reflexo de deglutição, recorrendo a um dispositivo de sucção não nutritiva, e exercícios de glossopulsão retrógrada. Ao longo do processo de reabilitação foram-se observando melhorias, nomeadamente o nível da capacidade de mobilização das secreções apresentando uma melhoria da qualidade da ventilação e perfusão. Apesar disso, não se verificaram alterações significativas na capacidade de deglutição. Embora o meu enfoque nas áreas supra mencionadas, identifiquei um potencial dos pais para melhorarem o seu conhecimento e capacidade para satisfazer as necessidades de B., tendo sido efetuados

ensinos associados sobretudo à utilização de dispositivos de oxigenoterapia e aspiração de secreções bem como de aspetos gerais relativos às NHF de B., em todos os contactos com os pais.

Tendo em conta que os cuidadores de B. são os pais, para além da identificação e intervenção ao nível do conhecimento foi ainda necessário avaliar a sua capacidade de prestação de cuidados, bem como a identificação da sua motivação e sensação de auto-eficácia de modo a intervir em todas as sessões, não só junto de B. mas também junto da sua família. Neste caso específico não se identificaram sinais de sobrecarga dos pais dado o facto de se sentirem capazes de prestar cuidados a B. e pelo facto de possuírem uma rede de suporte aparentemente adequada às suas necessidades. Dado o facto de existirem necessidades relacionadas com a intervenção de outros técnicos, foi providenciada informação sobre os recursos disponíveis na comunidade. De acordo com Mountain et al., (2020) deve ser privilegiada uma intervenção multidisciplinar de modo a melhor suprir as necessidades da pessoa.

Estas avaliações permitiram-me a aquisição de competências no que diz respeito à apreciação da funcionalidade da pessoa de modo a permitir o diagnóstico das alterações, com impacto ao nível das incapacidades e das atividades de vida diária. Na construção dos planos de cuidados mantive como foco a melhoria ou minimização das incapacidades resultantes da transição de saúde doença e do seu impacto na satisfação das NHF. Transversalmente aos dois contextos de ensino clínico, a avaliação quer física quer com recurso a instrumentos que conduziu à formulação do plano de cuidados, em várias etapas do ciclo de vida, e à implementação das intervenções, permitindo-me desenvolver, não só o conhecimento teórico mas também as competências técnicas e instrumentais inerentes à ER.

### **1.1.2. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Para esta competência foi definido como objetivo: desenvolver programas de treino, cardíaco e respiratório, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa após AVC.

De modo a desenvolver este objetivo, em contexto comunitário, tive oportunidade de participar num programa implementado na UCC sendo esse a academia da mobilidade. Este programa destina-se sobretudo a idosos residentes nas localidades abrangidas pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), após referência, e tem como objetivos promover hábitos de vida saudáveis, incentivar ao exercício físico, aumentar a mobilidade e funcionalidade dos utentes, aumentar a resistência cardiovascular, combater o sedentarismo, melhorar a saúde física e psicológica, contribuir para a melhoria do peso, padrão glicémico e tensão arterial, prevenir doenças cerebrovasculares e intervir nas sequelas de AVC, através de reabilitação física e motora, aumentar a literacia em saúde e contribuir para uma redução de custos e uma utilização mais racional dos recursos de saúde, através da prevenção de complicações inerentes a doenças crónicas. Este programa consistia na realização de 3

sessões por semana, com cerca de 60 minutos cada, em que são trabalhados em conjunto as componentes de força, resistência cardiovascular, coordenação e equilíbrio, com exercício dirigidos à capacidade dos utentes, sendo os mesmos o treino de força, com pesos e bandas elásticas, o treino de equilíbrio com treino de marcha em superfície instável (Nascimento et al., 2012) e a utilização de bastão para melhoria da amplitude articular da cintura escapular, melhorando também a respiração. São promovidos exercício de alongamento dos membros superiores e inferiores com vista também à melhoria da mobilidade e amplitude articular. Os treinos de promoção de coordenação são realizado com exercícios com bola e transferência de objetos entre utentes. Uma vez por mês são realizadas sessões de educação para a saúde com a colaboração de outros técnicos do ACES, com vista à promoção da literacia em saúde, bem como a promoção de hábitos mais saudáveis. Dado que cada classe tem uma duração de 6 meses, tive oportunidade de realizar a avaliação intermédia dos utentes que atualmente participam nesta academia, sendo esta realizada a cada 4 semanas. Os instrumentos de avaliação pré definidos para este programa são os seguintes: avaliação antropométrica, avaliação de sinais vitais, saturação periférica de oxigénio e pesquisa de glicémia capilar (em doentes com diabetes), avaliação da dor através de escala numérica, escala de *Berg* (anexo nº3) para avaliação de equilíbrio, escala de *Lower*<sup>1</sup> para avaliação da força muscular, avaliação da qualidade de vida através do questionário EQ5D (anexo nº5) e uma avaliação do risco de queda através da escala de Morse (anexo nº6).

Além do desenvolvimento de uma relação terapêutica com os utentes da academia, a participação neste programa permitiu-me não só conceber planos de intervenção para variados utentes, mas também ajustar no imediato os planos de treino às capacidades de cada utente e aos recursos disponíveis. A utilização destes instrumentos, acima mencionados, além da sua prática, permite conhecer os resultados de intervenção em cada utente, sendo que em termos globais se verificou uma melhoria da resistência cardiovascular e da força, sendo apenas as questões relacionadas com o equilíbrio, que se mantiveram nos mesmo parâmetros da avaliação inicial.

---

<sup>1</sup> Escala de avaliação de força muscular utilizada no contexto da academia de mobilidade do ACES, que permite classificar a força muscular em seis estádios, entre zero (sem contração muscular e sem movimento) e cinco (movimento normal contra gravidade e resistência).

## **1.2. Competências comuns do enfermeiro especialista**

Durante os estágios tentei dar resposta ao seguinte objetivo geral, traçado em fase de planeamento do ensino clínico: desenvolver competências comuns ao nível do enfermeiro especialista na área do planeamento, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem.

Neste subcapítulo irei relacionar cada uma das competências comuns do EEER com as atividades, realizadas em contexto de estágio, para atingir os objetivos a que me propus.

### **1.2.1. Competência A<sup>2</sup>– Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

De modo a concretizar os pressupostos desta competência foram deliniados os seguintes objetivos específicos: Desenvolver uma prática de acordo com os princípios ético-deontológicos da profissão e assegurar o respeito pela pessoa em contexto individual e organizacional inclusive em contextos de liderança e supervisão.

Ao longo de todos os estágios procurei guiar a minha intervenção, enquanto enfermeiro especialista, de acordo com os princípios éticos e deontológicos devidos à profissão de enfermagem. O respeito pela dignidade humana foi o principal princípio ético pelo qual me guiei uma vez que a este conceito está implícito o respeito pela autonomia da pessoa, isto é, o respeito pela tomada de decisão no que diz respeito ao seu processo de saúde/doença e ao seu padrão de satisfação das NHF, reconhecendo a sua capacidade para essa mesma tomada de decisão, baseada nos seus valores e crenças, promovendo as condições para a intervenção que favoreçam o exercício dessa autonomia (Dzeng, 2019).

Em ambos os contextos fui sensibilizado por parte dos orientadores clínicos para a importância da adequação da intervenção de reabilitação às características, necessidades e capacidades de cada pessoa, para além do respeito pela sua autodeterminação. Esta adequação da ação do enfermeiro também implica a beneficência e não maleficência uma vez que o enfermeiro deve ponderar, na sua tomada de decisão, os benefícios e os riscos da sua ação visando minimizar os riscos (princípio da não maleficência) e potenciar os benefícios (princípio da beneficência). Para além disso, tive ainda oportunidade de refletir sobre o princípio da justiça e de me confrontar com ele no contexto clínico, uma vez que este princípio implica a promoção do acesso à saúde a todos os utentes e da distribuição adequada dos recursos existentes, uma vez que sendo os recursos escassos, nomeadamente no que concerne ao tempo e ao número de profissionais, é necessário planear a forma como os recursos são utilizados de modo a corresponder às necessidades de cada utente e à sua situação específica de saúde/doença (Campos & Rezende de Oliveira, 2017).

Para além da pessoa enquanto ser individual, promovi em ambos os contextos clínicos, mas sobretudo no contexto comunitário no qual acompanhei mais de perto B., uma

---

<sup>2</sup> Nesta competência englobam-se as unidades de competência: A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

criança de 18 meses, a inclusão da família enquanto sujeito de cuidados, pois para além da necessidade de cuidados inerente à etapa ciclo de vida no qual a criança se insere, o próprio processo de transição saúde-doença acarreta desafios específicos para a família bem como alterações ao nível das suas necessidades. Sendo uma unidade complexa, a família é um espaço de cuidados reconhecido e confirmado pelos seu membros e pelo valor que lhe atribuem, espaço esse em que o enfermeiro especialista pode dar resposta ou ajudar a pessoa a dar resposta às suas necessidades. (Monteiro et al., 2016).

### **1.2.2. Competência B<sup>3</sup>– Domínio da melhoria da qualidade**

De modo a concretizar os pressupostos desta competência foram deliniados os seguintes objetivos específicos: Desenvolver práticas clínicas e ações de formação, de qualidade, iniciando ou integrando programas de melhoria continua e otimizar o ambiente terapêutico garantindo a segurança das pessoas e dos profissionais.

No primeiro dia de cada um dos estágios tive oportunidade de abordar os enfermeiros gestores e orientadores sobre o modo como cada uma das unidades se encontrava organizada, quais os recursos disponiveis e quais as suas áreas de intervenção das mesmas, de modo a compreender de que forma seria possível desenvolver cada uma das competências, alavancadas nos objetivos definidos em fase de projeto, em cada local de estágio.

Durante os estágios fui ainda impelido a participar, enquanto autor, em vários congressos dirigidos às atividades do EEER, dos quais destaco o congresso da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade, no qual tive oportunidade de me deparar com as características atuais de várias UCC, para além daquela na qual desenvolvi a minha atividade, bem como das necessidades organizacionais expostas, sejam elas no âmbito de recursos físicos e materiais, de recursos humanos ou de conhecimento e competências. Esta atividade possibilitou-se estar mais familiarizado com as necessidades atuais das UCC fazendo com que num contacto profissional futuro com estas unidades possa contribuir em termos científicos, por exemplo através de ações de formação, para mitigar algumas dessas necessidades. Para além disso tentei identificar em ambos os contextos, quais os projetos e atividades já existentes de modo a poder contribuir para as mesmas.

No âmbito do desenvolvimento de práticas de qualidade, com vista à melhoria continua, tive oportunidade de desenvolver dois estudos de caso, já referidos anteriormente neste relatório, que foram apresentados tanto à equipa das respetivas unidades de estágios, como foram expostos, sob o formato de pósteres científicos tendo estes sido apresentados

---

<sup>3</sup> Nesta competência englobam-se as unidades de competência: B1 Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais nas áreas da governação clínica; B2 Desenvolve práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria continua; B3 garante um ambiente terapêutico seguro.

nos congressos da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) e da AUCC, permitindo não só a minha auto aprendizagem mas também uma validação por pares sobre as práticas desenvolvidas. Ao mesmo tempo foi ainda possível melhorar o conhecimento e debater o caso apresentado com os enfermeiros dos contextos de estágio permitindo uma aprendizagem mútua e promotora de práticas de maior qualidade.

No que concerne à promoção de um ambiente terapêutico seguro foram desenvolvidas diversas intervenções em ambos os contextos de estágio. No contexto hospitalar para além da utilização de equipamento de proteção individual específico para a situação de cada pessoa junto da qual intervi, foquei a minha atenção na preparação do ambiente de modo a torná-lo seguro. Aquando da abordagem a cada um dos utentes, adotei medidas de segurança para prevenção de quedas, especificamente, otimizar o ambiente eliminando qualquer obstáculo que pudesse potenciar uma queda, nomeadamente nos levantes e treino de marcha. As quedas, embora não sejam um evento normal do processo de envelhecimento, são um acontecimento comum, que trás consigo um aumento da morbilidade e mortalidade e um aumento de custos socioeconómicos (Brás et al., 2019). No contexto comunitário esta prevenção do risco para a pessoa, através da prevenção de quedas, envolvia uma colaboração mais ativa por parte da pessoa e do cuidador uma vez que era necessário otimizar o ambiente específico no qual a pessoa se encontrava, neste caso o seu domicílio, cujos desafios que se impunham se centravam sobretudo na eliminação de obstáculos e a adaptação de estruturas e barreiras arquitetónicas, prescrevendo produtos de apoio. Esta intervenção não se aplicava apenas à preparação do ambiente para a sessão de reabilitação mas visava também consciencializar a pessoa para a modificação do ambiente para garantir a sua segurança tendo em conta as suas necessidades e padrões específicos e as limitações inerentes ao seu processo de doença. Nas situações específicas que acompanhei foi importante não só a adoção de modificações com vista à segurança, mas também adaptar essas mesmas modificações às necessidades e preferências específicas de cada pessoa.

No caso da Sra. L., esta apresentava um elevado risco de aspiração pela situação de disfagia devido ao AVC, pelo que a minha intervenção específica se centrou na prevenção da aspiração alimentar, através do ensino de técnicas de deglutição, da colocação da pessoa numa posição correta e da avaliação regular da capacidade de deglutição, de modo a adaptar a intervenção à situação da pessoa, em especial por se tratar de uma pessoa em fase hiperaguda, na qual podem ocorrer flutuações nos défices apresentados. Para além da intervenção direta na prevenção da aspiração, efetuei também ensinamentos e formação aos enfermeiros de cuidados gerais que se encontravam a prestar cuidados à Sra. L. Já no caso do B. houve uma necessidade de educação para a saúde dos cuidadores no que dizia respeito à cinesioterapia respiratória, bem como a aspiração de secreções e a alimentação via PEG. Enquanto pais de uma criança com doença crónica, é particularmente desafiante a formação, uma vez que estes desde cedo, em contexto hospitalar, recebem formação para a prestação

de cuidados à criança. Coube-me então avaliar, numa perspetiva externa, as necessidades que estes apresentavam, e moldar a minha intervenção às suas rotinas, procurando uma melhor adaptação dos cuidados prestados a esta criança, procurando melhorar a segurança em cada um dos procedimentos, dado que esta era uma necessidade identificada.

Por fim no âmbito da formação de pares, há a destacar a participação enquanto palestrante convidado, numa aula do Mestrado em Enfermagem Medico-cirurgica na Vertente da Pessoa em Situação Crítica. Esta participação permitiu a exposição de um caso clínico supra citado, que foi analisado pelo professor da unidade curricular, em sessão teórico-prática, incluindo as medidas de segurança que adotei e identifiquei na literatura, além de proceder às transmissão de conhecimentos não transversais às áreas de especialização, procurando uma maior partilha de conhecimentos e abrindo espaço a uma troca de ideias entre pares de diferentes áreas. Considero que esta atividade me permitiu adquirir e partilhar conhecimentos, com conseqüente melhoria da qualidade da minha prática profissional e da prática profissional dos pares.

### **1.2.3. Competência C<sup>4</sup>– Domínio da gestão de cuidados**

De modo a concretizar esta competência foi deliniado o seguinte objetivo específico: Desenvolver competências de liderança permitindo uma adaptação e gestão das equipas e recursos garantindo a qualidade dos cuidados.

Tanto no estágio na UCV como no estágio da UCC foi possível observar a intervenção do EEER na equipa multidisciplinar assumindo muitas vezes um papel de liderança, uma vez que as constantes mudanças no panorama de saúde atual implicam um enfermeiro dinâmico, criativo, seguro e capaz, na procura de conhecimento e informação em cada situação de cuidados com a qual se depara (Ribeiro et al., 2006). Para Ribeiro et al. (2006) a liderança envolve as relações interpessoais, sendo a comunicação um aspeto indispensável. Desta forma, considero que ao longo dos estágios tive oportunidade de desenvolver as minhas capacidades de comunicação quer com a equipa multidisciplinar como com os clientes, com especial relevância para a comunicação com a pessoa com alterações da linguagem, no contexto hospitalar, e com a criança, em contexto comunitário. O desenvolvimento desta competência teve por base as oportunidades que tive para a organização dos cuidados, traçando objetivos que se refletiram na implementação e avaliação de cada um dos planos de intervenção anteriormente citados. Isto importa pois, de acordo com Ribeiro et al. (2006), a liderança é essencial na profissão de enfermagem pois a capacidade de comunicar, resolver conflitos e ter iniciativa são características essenciais na gestão da prestação de cuidados. Com o desenvolvimento destas competências, a liderança por si só não é apenas o objetivo

---

<sup>4</sup> Nesta competência englobam-se as unidades de competência: C1 Gere os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados.

mas sim desenvolver uma liderança transformacional pois, de acordo com Curtis & O'Connell (2011), este tipo de liderança aumenta a motivação criando um ambiente de trabalho que permite às pessoas atuar de uma forma madura e criativa, possibilitando a participação de todos no processo de tomada de decisão. Na prática, a discussão de casos clínicos com os orientadores e a participação nas reuniões de equipa, que ocorreram em cada um dos locais de estágio, permitiu-me observar e participar nos processos de tomada de decisão tendo em conta o meu papel de estudante. O desenvolvimento destas competências de gestão e liderança é fulcral uma vez que, de acordo com Curtis & O'Connell “a liderança em enfermagem é crucial para assegurar padrões consistentes em todos os aspetos do cuidado construindo um ambiente de excelência” (2011, p.35).

#### **1.2.4. Competência D<sup>5</sup>– Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

De modo a concretizar esta competência defini como objetivos para os estágios: Desenvolver uma prática reflexiva de modo a melhorar a qualidade dos cuidados contribuindo para o autoconhecimento e planear cuidados baseados na evidência científica.

Em ambos os momentos de estágio, para dar resposta a estes objetivos, efetuei várias reflexões estruturadas, através da metodologia do ciclo de Gibbs que se assume como uma ferramenta facilitadora do processo de reflexão (Pereira-Mendes, 2016). Segundo Peixoto & Peixoto (2015) a prática reflexiva é uma habilidade indispensável em enfermagem uma vez que se assume como um pressuposto para o desenvolvimento de enfermeiros críticos e autónomos, com capacidade para refletir antes da ação, na ação e após a ação de modo a prestarem os melhores cuidados de enfermagem. Estas reflexões permitiram-me refletir sobre situações que experienciei em contexto clínico e analisa-las à luz da evidência científica mais atual, bem como identificar aspetos a melhorar em situações de cuidados futuras.

Tal como já mencionado, tive oportunidade de apresentar dois estudos de caso sob a forma de póster nos congressos da APER e da AUCC. Estes estudos de caso envolveram um aprofundamento da pesquisa em determinadas áreas do conhecimento recorrendo à evidência científica para identificar e fundamentar as intervenções apresentadas. Estas pesquisas foram operacionalizadas através da execução de revisões narrativas da literatura, pelo que também a minha capacidade no que concerne ao desenvolvimento deste tipo de estudo saiu reforçada no final deste processo.

Ao longo de todo o percurso de estágio, para além dos conteúdos ministrados na componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, procurei adquirir novos conhecimentos e atualizar o conhecimento que tinha no momento, recorrendo para isso

---

<sup>5</sup> Nesta competência englobam-se as unidades de competência: D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica

a literatura de referência na área da ER e a artigos científicos disponíveis nas bases de dados científicas. Para além disso, a própria pesquisa necessária à reflexão já mencionada e à execução dos pósteres científicos permitiu-me aprofundar os meus conhecimentos nas áreas mais significativas em cada um dos casos clínicos, bem como, identificar novas intervenções a implementar em futuras situações de cuidados.

## **2. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM**

Neste capítulo é pretendida a análise do percurso realizado durante o estágio, identificando os pontos fortes, limitações, oportunidades e dificuldades sentidas, tendo em conta a implementação do projeto de estágio, recorrendo à tipologia de análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

No que diz respeito aos pontos fortes (*Strengths*), a elaboração do projeto de estágio permitiu o desenvolvimento de um fio condutor, que garantiu a aquisição e desenvolvimento das múltiplas competências pertencentes ao perfil de competências do enfermeiro especialista e do EEER, bem como as preconizadas para a aquisição do grau de mestre, de acordo com os decritores de Dublin. A abordagem sobre a intervenção do EEER, junto da pessoa após AVC, permitiu uma pesquisa sistematizada e uma compilação e sintetização de um vasto número de intervenções, que foram aplicadas em ambos os contextos de estágio, e que possibilitaram o desenvolvimento de competências na área sensoriomotora, uma das áreas consideradas prioritárias pelo colégio de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Para além disso houve ainda oportunidade de desenvolver competências na área cognitiva. O projeto de estágio que desenvolvi teve uma maior expressão no primeiro contexto de estágio, a UCV, pelo número de casos de pessoas com AVC, com as quais tive contacto, e pela variedade de etiologias e manifestações desta mesma patologia. No entanto, no segundo local, a UCC, foi também a implementação destas mesmas intervenções mas desta vez numa fase crónica desta patologia, em oposição à fase aguda presente no contexto hospitalar, permitindo experienciar e intervir em todas as fases do ciclo da patologia da pessoa com AVC.

A escolha dos locais de estágio foi realizada com vista a assegurar oportunidades de aprendizagem em todas as áreas de intervenção do EEER. Para além da aprendizagem centrada nas componentes da reabilitação sensorial e motora foram ainda desenvolvidas competências ao nível do treino cardiorrespiratório, através da academia da mobilidade, nas questões da patologia do fórum ortopédico, acompanhando e implementando programas de reabilitação após ocorrência de fratura, e nas questões relacionadas com eliminação, implementando programas de treino de hábitos junto da pessoa, em especial no contexto da UCC.

Como limitações (*Weaknesses*) identifico o curto período de permanência dos utentes da UCV, o que dificultou a implementação e reavaliação dos programas de reabilitação, tendo

de recorrer à transmissão de informação através da nota de alta para assegurar a continuidade de cuidados. Este período mais reduzido de permanência nesta unidade, dificultou também a implementação de programas de regulação sensorial, tendo sido possível realizar apenas uma estimulação não estruturada unimodal tátil, não tendo a duração e acompanhamento adequados e desejáveis, nem tendo sido aplicada a estimulação bimodal ou multimodal mais recomendadas.

Outra dificuldade sentida foi relativamente à preparação da alta, uma vez que o encaminhamento dos utentes da UCV era realizado para outras unidades dentro do hospital, não sendo possível acompanhar o processo e realizar uma preparação efetiva da alta.

Já no contexto da UCC identifico como dificuldade o estabelecimento de uma relação de confiança com os cuidadores, em particular no caso de B. já descrito em capítulos anteriores, uma vez que se verifica uma dificuldade dos pais da criança na aceitação da intervenção dos profissionais de saúde, havendo uma desconfiança no modo como os profissionais interviam, o que dificultou a implementação do programa de reabilitação e a realização dos ensinamentos dirigidos à melhoria da prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais. Identifico ainda uma situação em concreto, em que foi extremamente difícil implementar um treino de hábitos de eliminação, pela fraca receptibilidade por parte da pessoa sujeito de cuidados às recomendações dos profissionais.

Refletindo ainda sobre os contextos de estágio, no contexto da UCV a intervenção multidisciplinar acontecia de uma forma pouco programada, o que dificultou a intervenção junto das pessoas. Também o facto de os clientes se encontrarem em fase hiperaguda era um entrave uma vez que existe uma limitação quanto às intervenções que podem ser implementadas nesta fase, bem como à flutuação possível no que respeita aos défices secundários ao AVC o que dificulta a elaboração de um plano de reabilitação adequado. Já no contexto de ECCI, o elevado número de utentes aos quais era necessário dar resposta, por parte da equipa, dificultou uma intervenção mais personalizada e disponível limitando a possibilidade de implementar de uma forma mais adaptada os planos de intervenção, não indo, por isso, as dotações existentes ao encontro das necessárias e desejadas para esta realidade em concreto.

Relativamente às oportunidades (*Opportunities*), a multiplicidade de experiências nos contextos da UCV e ECCI, permitiu o desenvolvimento de competências em diversas áreas de intervenção do EEER, desde a neurologia, nas áreas sensoriomotora, o foco do projeto de estágio, e cognitiva, mas também nas áreas cardiorrespiratória, da ortopedia e da reabilitação das funções de eliminação, que são o enfoque dos EEER. Também a possibilidade de estar na UCV, unidade responsável pela Via Verde AVC, constituiu uma excelente oportunidade de observação da intervenção inicial junto da pessoa com AVC, e compreender o modo como o EEER pode contribuir nesse processo, com o seu perfil de competências, realizando uma avaliação diferenciada e acompanhando a evolução dos défices durante a fase de tratamento,

adaptando e moldando a sua intervenção, bem como orientando os restantes elementos da equipa de enfermagem para o modo de intervenção, mediante cada situação, desenvolvendo as competências de liderança. Esta avaliação constante, permitiu o desenvolvimento de capacidades de neuroavaliação através da escala NIHSS (anexo nº2), sendo uma ferramenta útil uma vez que permite a sistematização da avaliação neurológica da pessoa e que contribuiu para uma maior objetividade nas avaliações seguintes.

Além disso, a existência do programa da Academia da Mobilidade, em contexto de ECCI, permitiu a implementação de programas de intervenção motor e cardiorrespiratório, com a hipótese de acompanhar um grupo de utentes e realizar a reavaliação das situações de modo a acompanhar os resultados das intervenções implementadas, dando resposta à competência da implementação e reavaliação dos programas de treino. Ainda a participação em múltiplas situações de gestão de cuidados de reabilitação em situação de cuidados paliativos, permitiu um olhar mais abrangente sobre o cuidado paliativo e como EEER pode gerir e complementar o cuidado com a sua intervenção.

Concluindo com as dificuldades que foram sentidas neste estágio (*Threats*), menciono a necessidade de uma gestão de tempo apertada no contexto de ECCI, bem como a necessidade de efetuar registos em múltiplas plataformas, necessitando de registo em Sclenic, bem como na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que geram um trabalho em duplicado para os elementos da equipa. Além disso uma das grandes dificuldades sentidas nos estágios, em particular em contexto comunitário, foi a adequação da minha intervenção de acordo com os principais princípios éticos que devem reger a tomada de decisão do enfermeiro. Isto é, após identificar os riscos e benefícios e contruir o plano de cuidados de reabilitação, muitas vezes os recursos existentes, nomeadamente no que concerne ao tempo disponível e ao rácio de enfermeiros, não são suficientes para a concretização deste plano num tempo ótimo que corresponda às necessidades e às expectativas dos utentes, sendo necessária uma adequação do mesmo aos recursos disponíveis, tentando minimizar os danos que isso pode acarretar e tentando corresponder às necessidades dos clientes ajustando, sempre que possível, as suas expectativas.

Na UCV a fase hiperaguda em que os doentes se encontram, em alguns casos impossibilitaram a intervenção do EEER dada a sua instabilidade, o que dificultou a implementação de programas de treino adequados à situação.

Refletindo sobre o percurso realizado, desde a elaboração do projeto de estágio até à sua aplicação nos diferentes contextos, considero que este refletiu a aquisição das competências definidas pela OE para a atribuição do título de EEER, bem como as competências estabelecidas pelos descritores de Dublin para aquisição do grau de Mestre.

É importante constatar o compromisso assumido na divulgação de conhecimento científico resultante das revisões de literatura efetuadas, tendo sido apresentadas sob a forma

de posters científicos, nos congressos da APER e da AUCC, acerca de estudos de caso trabalhados em cada contexto. Além disto, considero que a realização dos jornais de aprendizagem reflete a procura constante pelo conhecimento científico mais atual, realizando uma reflexão sobre a *praxis* de cuidados, demonstrando uma sensibilidade perante as situações de cuidados, bem como o a procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com base na individualidade de cada situação e pessoa, bem como na evidência mais atual disponível.

Saliento ainda os planos de intervenção concebidos, por demonstrarem a capacidade de aplicação dos conhecimentos teórico adquiridos e a avaliação efetuada para cada situação à luz desses mesmos conhecimentos, refletindo assim o desenvolvimento de intervenções nas várias áreas de atuação do EEER. Estes, traduzem ainda um processo de tomada de decisão baseado na identificação de problemas, em conjunto com a pessoa alvo dos cuidados, de acordo com as dificuldades sentidas pelas mesma e procurando corresponder ou adaptar as suas expectativas. A inclusão da pessoa na decisão sobre o seu plano de intervenção implica a aquisição das competências correspondentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, uma vez que o respeito pelas tomada de decisão e valores individuais da pessoa, enquadrando-se na aquisição de competências comuns do EE. Ainda neste âmbito, a possibilidade de participar como palestrante convidado numa aula do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente da Pessoa em Situação Crítica, revelou-se uma mais valia no âmbito da formação de pares, pois permitiu a aquisição de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, trazendo para os pares uma visão diferente do cuidado do enfermeiro especialista, na qual diversas áreas de especialidade, podem intervir em sinergia, com vista ao melhor interesse da pessoa alvo de cuidados e da prestação de cuidados de qualidade.

No que concerne ao domínio da gestão de cuidados, as competências de identificação das necessidades individuais foram desenvolvidas, em ambos os contextos, participando na avaliação multidisciplinar e na identificação das expectativas individuais, o que culminou na referenciação para outros profissionais de saúde ou para outros níveis de cuidados. De modo a conseguir desenvolver este domínio, foi necessário desenvolver competências de reflexão sobre o que são as nossas capacidades e os nossos recursos em cada contexto, garantindo que a pessoa recebe os cuidados mais adequados à sua situação e ao seu potencial de reabilitação, estabelecendo uma relação de parceria com a pessoa e os cuidadores informais e/ou família, no sentido de assegurar a continuidade de cuidados e a adesão ao programa de reabilitação.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais destaco a realização e participação com pósters científicos no congresso da APER e da AUCC, para o desenvolvimento desta competência, uma vez que para além da divulgação das aprendizagens profissionais, permitiram a aquisição de novos conhecimentos sobre

projetos e planos de intervenção de outros locais e tomar consciência dos ganhos em saúde que deles advêm, constituindo uma mais valia no que diz respeito à divulgação do conhecimento e à sua tradução na transformação da prática de cuidados. Complementarmente destaco a utilização de múltiplos instrumentos de avaliação, tanto em contexto hospitalar na UCV como no contexto comunitário de ECCI. A utilização destes instrumentos de avaliação preconizados para a prática de cuidados de reabilitação, permitiu a identificação das múltiplas alterações existentes, que afetam as NHF da pessoa, permitindo a avaliação e implementação dos planos de intervenção, bem como a participação no programa da Academia da mobilidade do ACES.

No que concerne à intervenção do EEER na pessoa após AVC foi possível implementar o projeto e validar que os resultados mencionados na literatura sobre as intervenções implementadas foram eficazes, nomeadamente: o aumento da mobilidade e sensibilidade no lado mais lesado, melhoria no equilíbrio e força muscular, melhoria da capacidade de deglutição, aumento da capacidade cognitiva e de memória. Importa ainda destacar que todos os ganhos mencionados se refletem nas capacidades de satisfação da NHF.

### 3. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O presente relatório apresenta-se como o culminar de um longo percurso de aprendizagem realizado na área de enfermagem de reabilitação. Este foi desenhado desde a execução do projeto de estágio, tendo aí sido definida e caracterizada a problemática de investigação a ser trabalhada, e concretizado através das aprendizagens e desenvolvimento de competências nos contextos de estágio, refletidas neste relatório. Tendo em consideração a situação patológica e as sequelas daí resultantes com graves limitações nas atividades de vida e satisfação das NHF da pessoa, foi realizada uma análise da intervenção do EEER junto da pessoa após AVC. Para tal foi desenvolvido um processo metodológico de pesquisa, de modo a captar a evidência mais atual, através de uma revisão sistemática da literatura, com objetivo de adquirir conhecimentos sobre áreas de intervenção que permitiram o planeamento de atividades e intervenções a implementar posteriormente em contexto prático. Deste processo metodológico imergiram também objetivos que considero terem sido atingidos de acordo com o descrito nas análises das atividades realizadas no decorrer do estágio. Essa descrição e análise reflete não só aquisição das competências, mas também a compreensão das mesmas e a sua aplicação, além da capacidade reflexiva desenvolvida sobre as situações de tomada de decisão. Assim considero a aquisição, com sucesso, das competências necessárias, preconizadas pelos descritores de Dublin, para a aquisição do grau de mestre. Foram adquiridas também competências de aprendizagem ao longo da vida importantes para a investigação em enfermagem, através da busca por uma atualização constante do conhecimento, procurando a evidência científica mais atual, com objetivo de obter um melhor nível de segurança nos cuidados. Estas aprendizagens têm em vista a realização de projetos em contexto de trabalho, que passam pela implementação de projetos de formação de pares e melhoria contínua da qualidade de cuidados na instituição em que presto cuidados, acerca da abordagem em reabilitação à pessoa com AVC. Para além disso, todas as aprendizagens ao longo deste percurso em particular, estimularam-me e capacitaram-me para a participação futura em projetos de investigação, bem como para a realização de revisões de literatura ou outros trabalhos de natureza científica, dando resposta a necessidades de conhecimento e atualização dos mesmos no âmbito da minha atividade profissional e formativa e na enfermagem em geral. Também nos processos de supervisão clínica que integro, sobretudo ao nível da orientação de estudantes de licenciatura, considero-me mais empoderado de conhecimento e capacidade, não só para dar resposta às suas necessidades formativas, através de uma maior competência pessoal na procura de conhecimentos mais atuais, mas também para estimular os estudantes a procurarem respostas na literatura de forma autónoma.

As intervenções realizadas, junto da pessoa com limitações, centraram-se no desenvolvimento das suas capacidades para satisfazer as suas NHF com o objetivo de atingir o nível de capacidade prévio ao evento adverso que deu início ao processo de doença, com

necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação. Se, atingir o nível de capacidade prévio não for possível, a abordagem junto da pessoa passa pela aquisição de estratégias adaptativas, no sentido de a capacitar para cuidar de si própria e consiga realizar as suas atividades com vista à satisfação das NHF.

A escolha dos locais de estágio teve em consideração a aplicação do tema do projeto de estágio delineado, mas também a necessidade de desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEER. Desta forma, foi selecionado como contexto hospitalar a UCV, que permitiu a aquisição de competências numa fase mais aguda, no que diz respeito à intervenção do EEER junto da pessoa após AVC. Esta intervenção permitiu iniciar o processo de reabilitação de uma forma mais precoce, junto da pessoa após AVC, desenvolver estratégias adaptativas e capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação de modo a contribuir para a reinserção e para o exercício da cidadania. Pretendia-se neste contexto que fossem trabalhadas as questões relacionadas com a intervenção precoce junto da pessoa com AVC, iniciando uma intervenção dirigida aos défices apresentados e subsequente avaliação da sua evolução, acompanhada da estabilização do quadro clínico. As questões relacionadas com a satisfação das NHF, implicaram o desenvolvimento de estratégias adaptativas de forma a que a pessoa com AVC pudesse satisfazer as suas necessidades.

Para o contexto comunitário foi selecionada uma UCC, onde foram desenvolvidas intervenções, principalmente direcionadas à adaptação à doença e à manutenção da funcionalidade, uma vez que a população alvo eram pessoas com doença crónica e/ou degenerativas e/ou em situação paliativa. Neste contexto foi crucial integrar o cuidador informal e/ou a família no programa de reabilitação, promovendo a sua capacitação e delineando a intervenção em conjunto com a pessoa e cuidador.

Outra componente associada foi a adaptação do domicílio às necessidades de cuidados e de mobilidade das pessoas com vista a uma maior independência e autonomia na sua habitação, nomeadamente intervenções simples como adaptação de sanitários ou outras alterações simples no domicílio, tendo em atenção o Decreto-Lei n.º 95/2019 de 18 de Julho, 2019, que estabelece o regime de reabilitação de edifícios ou frações autónomas, bem como a Portaria n.º 301/2019, para a melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada em edifícios habitacionais existentes, e o Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto de 2006 que aprova o regime de acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada.

Neste contexto foi também onde me deparei com um maior número de dificuldades na tomada de decisão com base nos princípios éticos e legais, tendo sido trilhado um caminho cauteloso na gestão de expectativas entre o que era pretendido pela pessoa e o esperado pelo cuidador e família com os ganhos efetivos possíveis de atingir com a intervenção, estabelecendo assim a relação terapêutica com a pessoa e família. Este contexto comunitário

permitiu-me ainda uma aquisição mais alargada de competências, não só na intervenção na componente neurológica, mas também com ênfase no treino cardiorrespiratório e também na componente da eliminação, que só foram possíveis de desenvolver neste contexto.

Em ambos os locais de estágio as competências relacionadas com o trabalho em equipa multidisciplinar, foram amplamente trabalhadas, através da discussão de casos clínicos, bem como a avaliação constante das necessidades de reabilitação de cada pessoa, de acordo com o seu potencial, e que quando pertinente, após avaliação, levou à referenciação para outros profissionais contribuindo desta forma para o trabalho em equipa multidisciplinar preconizado.

A participação em eventos da comunidade científica encontrava-se prevista no projeto de estágio, sendo que esta foi expandida à participação nos eventos científicos com pósters científicos, efetuando assim a divulgação dos resultados obtidos com as intervenções efetuadas, com base na literatura científica contribuindo desta forma para a melhoria do conhecimento na área de enfermagem de reabilitação.

Como fio condutor de toda esta intervenção foi utilizada a teoria das NHF de Virginia Henderson (2004), este referencial permitiu a sistematização da prática de enfermagem de reabilitação, mantendo o enfoque na intervenção na capacitação da pessoa para atividades de satisfação das suas NHF, bem como na aprendizagem das mesmas.

Posso concluir que os objetivos a que me propus inicialmente foram atingidos, dando resposta às competências comuns do EE, específicas do EEER e descritores de Dublin no que concerne à aquisição do grau de mestre. A aquisição destas foi fundamental na medida que permitiu a individualização dos cuidados, traduzida no planeamento e implementação de programas de reabilitação que fossem ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa e cuidador, com o objetivo de potenciar e maximizar a capacidade funcional da pessoa, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, procurando promover um aumento da sua qualidade de vida, autonomia e independência.

## REFERÊNCIAS

- Alashram, A. R., Annino, G., Aldajah, S., Raju, M., & Padua, E. (2022). Rehabilitation of limb apraxia in patients following stroke: A systematic review. *Applied Neuropsychology:Adult*, 29(6), 1658–1668. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1900188>
- Aquino, A., Sousa, V., & Filho, J. (2021). Efeitos da Terapia do Espelho na Reabilitação de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC): Revisão Sistemática. *Revista Saúde Em Foco*, 8(1), 3–17.
- Araujo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas* (pp. 164–233). Lidel.
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Boulanger, J. M., Lindsay, M. P., Gubitz, G., Smith, E. E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M. K. S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949–984. <https://doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 465–474). Lusodidacta.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto- da teoria à prática*. Papa-linguas.
- Brás, V., Boaventura, I. S., Jorge, B. I., Marta, R. I., Ana, S. I., Miguéns, C., Horta, I. L., & Soares, I. P. (2019). Osteoporose e Quedas: Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 31(2), 15–23.
- Brashear, A., & Elovic, E. (2011). *Spasticity: Diagnosis and Management*. Demos medical.
- Buxbaum, L. J., Ferraro, M. K., Veramonti, T., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., Frassinetti, F., & Coslett, H. B. (2004). Hemispatial neglect: Subtypes, neuroanatomy, and disability. *Neurology*, 62(5), 749–756. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000113730.73031.F4>
- Caldas, A. (2007). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Roca.
- Campos, A., & Rezende de Oliveira, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o

- princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 1(115), 13–45. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>
- Cardoso, F. B., Sc, M., Beresford, H., & Sc, D. (2010). *Avaliação da eficácia do exercício aeróbico na reabilitação de pacientes com marcha hemiparética*. 11(71), 259–264.
- Carey, L. M. (2017). Review on somatosensory loss after stroke. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 29(1–4), 1–46. <https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v29.i1-4.10>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção ierapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87(March), 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
- Chiado, A. P. A., Ferreira, M. S. M., Ribeiro, O. M. P. L., Gomes, B. P., & Martins, M. M. F. (2022). Impacto De Um Programa De Reabilitação Na Gestão Urinária Do Doente Acometido Por Acidente Vascular Cerebral. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0656pt>
- Conterno, M., Kümmerer, D., Dressing, A., Glauche, V., Urbach, H., Weiller, C., & Rijntjes, M. (2022). Speech apraxia and oral apraxia: association or dissociation? A multivariate lesion–symptom mapping study in acute stroke patients. *Experimental Brain Research*, 240(1), 39–51. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06224-3>
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.
- Costa, V., Seixas, M., & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas*. Lidel.
- Curtis, E., & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32–35. <https://doi.org/10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672>
- D'Netto, P., Rumbach, A., Dunn, K., & Finch, E. (2023). Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia*, 38(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10443-3>
- Da Campo, L., Hauck, M., Marcolino, M. A. Z., Pinheiro, D., Plentz, R. D. M., & Cechetti, F. (2021). Effects of aerobic exercise using cycle ergometry on balance and functional capacity in post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Disability and Rehabilitation*, 43(11), 1558–1564. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1670272>
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Europa-América.

- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Em Enfermagem*, 21(1), 20–30.
- Direção Geral de Saude. (2010). *Acidente Vascular Cerebral- Itinerários Clínicos*. Lidel.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*.
- Dos Santos, J. C. C., Giorgetti, M. J. D. S., Torello, E. M., Meneghetti, C. H. Z., & Ordenes, I. E. U. (2010). The influence of Kinesio Taping in the treatment of shoulder's subluxation at stroke. *Revista Neurociencias*, 18(3), 335–340. <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8471>
- Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health and Illness*, 41(2), 325–342. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12825>
- Ellis, F., Kennedy, N. C., Hancock, N. J., & Pomeroy, V. M. (2021). Neurophysiological changes accompanying reduction in upper limb motor impairments in response to exercise-based virtual rehabilitation after stroke: systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 113, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.05.009>
- Eraifej, J., Clark, W., France, B., Desando, S., & Moore, D. (2017). Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 6(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0435-5>
- Ferry, B., Compagnat, M., Yonneau, J., Bensoussan, L., Moucheboeuf, G., Muller, F., Laborde, B., Jossart, A., David, R., Magne, J., Marais, L., & Daviet, J. C. (2022). Awakening the control of the ankle dorsiflexors in the post-stroke hemiplegic subject to improve walking activity and social participation: the WAKE (Walking Ankle isoKinetic Exercise) randomised, controlled trial. *Trials*, 23(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06545-w>
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Gianni, M. (2007). A Espaticidade. In *Tratado de Medicina de Reabilitação*. Roca.
- Godinho de Matos, M. de F., & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Gomes, G., & Soares, A. B. (2013). Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 780–789. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400019>
- Grade, L. (2018). *Cérebro em movimento: intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação*

- no doente com AVC isquémico*. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Gustavsson, M., Ytterberg, C., & Guidetti, S. (2020). Exploring future possibilities of using information and communication technology in multidisciplinary rehabilitation after stroke—a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 223–230. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1666918>
- Hasan, S. M. M., Rancourt, S. N., Austin, M. W., & Ploughman, M. (2016). Defining Optimal Aerobic Exercise Parameters to Affect Complex Motor and Cognitive Outcomes after Stroke: A Systematic Review and Synthesis. *Neural Plasticity*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2961573>
- Hay-smith, E., Thompson, S., Weatherall, M., & Ranta, A. (2022). Documented incontinence after stroke: a secondary analysis of a cohort study. Reducing Ethnic and Geographic Inequities to Optimise New Zealand Stroke Care (Regions Care). *New Zealand Medical Journal*, 135(1567).
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de reabilitação. prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4th ed.). Lusodidata.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. Editora Malone.
- Konecny, P., Elfmark, M., & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 73–75. <https://doi.org/10.2340/16501977-0645>
- Kott, F; Lehmann, J. (1994). *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.
- Kumar, V., Abbas, A., & Aster, J. (2013). *Robbins patologia básica* (9th ed.). Elsevier.
- Le Danseur, M. (2020). Stroke Rehabilitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(1), 97–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.11.004>
- Lo, K., Stephenson, M., & Lockwood, C. (2017). Effectiveness of robotic assisted rehabilitation for mobility and functional ability in adult stroke patients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(12), 3049–3091. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003456>
- Machado, W., Pinto, E., Cruz, V., Figueiredo, N., Pinheiro, A., Xavier, A., Araujo, S., & Porto, I. (2016). *Cuidando de pessoa com paraparesia espástica: intervenções da enfermagem de reabilitação para atividades cotidianas*. 2020, 1–23.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente*. Lusociência.

- Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, Diário da República, 1.ª série 5670 (2006).
- Portaria n.º 301/2019, Diário da República 128 (2019).
- Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica. Perspetivas de saúde e doença*. Lusociência.
- Monteiro, A. (2011). Qualidade de Vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *ESTSP - Escola Superior de Tecnologias Da Saúde Do Porto, Instituto Politécnico Do Porto, C.*
- Monteiro, G., Moraes, J., Gomes, B., de França, I., & de Oliveira, R. (2016). Aplicação do modelo calgary de avaliação familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. *Revisão integrative. Aquichan, 16(4), 487–500.*  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020a). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke, 15(7), 789–806.*  
<https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020b). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke, 15(7), 789–806.*  
<https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Myung, J. H., & Pyun, S. B. (2023). Effect of Oral Apraxia on Dysphagia in Patients with Subacute Stroke. *Dysphagia, 38(1), 227–235.* <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10458-w>
- Nandmer, V. K., & Nandmer, A. K. (2022). Gastrointestinal Complications and its Association with Common Risk Factors of Cerebrovascular Accident: A Retrospective Observational Study from Central India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 16(5).*  
<https://doi.org/10.7860/jcdr/2022/56237.16359>
- Nascimento, L. C. G. do, Patrizzi, L. J., & Oliveira, C. C. E. S. (2012). Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. *Fisioterapia Em Movimento, 25(2), 325–331.* <https://doi.org/10.1590/s0103-51502012000200010>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2023). *Stroke statistics.*
- Nogueira, C. C. de C., Soares, A. B., Monteiro, M., & Medeiros, H. C. P. (2020). Habilidades

- Sociais e Expectativas Acadêmicas em Estudantes de Enfermagem. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(1), 99–118. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50792>
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*.
- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*.
- Padilha, J., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Perspectives on training processes in rehabilitation nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83–89. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Park, Y. J., & Lee, J. M. (2020). Effect of Acupuncture Intervention and Manipulation Types on Poststroke Dysarthria: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4981945>
- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2015). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(11), 121–132.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Llano, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. In *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45–56). Formasau.
- PORDATA. (2022a). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*.
- PORDATA. (2022b). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*.
- Predebon, M. L., Pizzol, F. L. F. D., Santos, N. O. dos, Bierhals, C. C. B. K., Rosset, I., & Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 39(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>
- Decreto-Lei n.º 95/2019 de 18 de julho, 136 Diário da República 35 (2019).

- Pugliese, M., Ramsay, T., Johnson, D., & Dowlatsahi, D. (2018). Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences. *PLoS ONE*, 13(1), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191566>
- Rebello, P. (2016). Guia prático para a população. *Sociedade Portuguesa de AVC*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. In *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03* (pp. 13565–13568).
- Ribeiro, M., Santos, S., & Meira, T. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Revista de Enfermagem Da Escola Anna Nery*, 10(1), 109–115.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação*. Lidel.
- Rocha, I. de J., Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 5–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Sall, J., Eapen, B. C., Elizabeth, J., Bowles, A. O., Bursaw, A., & Rodgers, M. E. (2019). The management of stroke rehabilitation: A synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 171(12), 916–924. <https://doi.org/10.7326/M19-1695>
- Santos, J. (2022a). Disfunção vesico-esfincteriana: estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação. *Slides de Aulas ER III*.
- Santos, J. (2022b). Intervenção da enfermagem de reabilitação nas pessoas com problemas de eliminação intestinal. *Slides de Aulas ER III*.
- Silva, I., Silva, C., Vilela, A., Bastos, L., & Henriques, M. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(8), 103–111.
- Vieira, A. (2015). Reabilitação do membro superior em utentes pós-AVC com menos de 6 meses de evolução: uma pesquisa realizada entre fisioterapeutas de instituições portuguesas. *Revista Sinapse*, 2, 5–12.
- Yamazaki, K., Hirata, K., Mimuro, I., & Kaitoh, Y. (2001). A case of dressing apraxia: Contributory factor to dressing apraxia [5]. *Journal of Neurology*, 248(3), 235–236. <https://doi.org/10.1007/s004150170234>
- Yates, M., Kelemen, A., & Sik Lanyi, C. (2016). Virtual reality gaming in the rehabilitation of the upper extremities post-stroke. *Brain Injury*, 30(7), 855–863. <https://doi.org/10.3109/02699052.2016.1144146>
- Yorkstone, K., & Beukelman, D. (1994). Distúrbios da fala e da linguagem. In *Tratado de*

*Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.

Zavarize, S., & Martelli, A. (2014). Mecanismo neurofisiológicos da aplicação da bandagem funcional no estímulo somatossensorial. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2(2), 39–49.

Zhao, L. J., Jiang, L. H., Zhang, H., Li, Y., Sun, P., Liu, Y., & Qi, R. (2022). Effects of Motor Imagery Training for Lower Limb Dysfunction in Patients with Stroke A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, Publish Ah*(20194), 409–418. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002107>

## APÊNDICES

## **Apêndice nº 1 – Projeto**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Opção II – Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Reabilitação na Promoção da Capacidade Funcional  
da Pessoa pós Acidente Vascular Cerebral**

**Nuno Rodrigues**

---

**Lisboa**

**julho 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Opção II – Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Reabilitação na Promoção da Capacidade Funcional  
da Pessoa pós Acidente Vascular Cerebral**

**Nuno Rodrigues**

---

Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup> Maria do Céu Sá

---

**Lisboa  
julho 2022**

## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACI – Artéria Carótida Interna

ACM- Artéria Cerebral Média

AIVD - Atividades instrumentais de vida diária

APA – American Psychological Association

AVB – Artéria vertebrobasilar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD- Atividades de Vida Diárias

EA – Exercício Aeróbio

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação

MI – Membros inferiores

MS – Membros superiores

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VR – Realidade Virtual

## INDICE

Introdução.....	3
1. Enquadramento conceptual.....	6
1.1. Enquadramento da função sensoriomotora.....	7
2. Intervenções do enfermeiro especialista.....	12
3. Quadro de referência.....	18
4. Planeamento do ensino clínico.....	20
5. Considerações finais.....	23
Referências.....	25
Apendices.....	27
Apêndice nº1- histórico de pesquisa na base de dados cinahl.....	28
Apêndice nº2 - histórico de pesquisa na base de dados medline.....	32
Apêndice nº3 – fluxograma prisma.....	36
Apêndice nº4 – análise de estudos incluídos.....	38
Apêndice nº5– planeamento de atividades.....	43
Apêndice nº6– cronograma geral.....	54
Apêndice nº7– cronograma de objetivos específicos.....	56
Apêndice nº8– diapositivos de suporte à apresentação intermédia do projeto.....	58
Apêndice nº9– diapositivos de suporte à apresentação final do projeto.....	66

## INTRODUÇÃO

Este projeto surge no âmbito da unidade curricular (UC) de Opção II – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, inserida no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Esta unidade curricular tem como objetivo geral capacitar o estudante para desenvolver o seu projeto de mestrado em Enfermagem de Reabilitação (ER) e, como objetivos específicos descrever, analisar e problematizar a área de estudo que pretende desenvolver na UC de Estágio com Relatório a realizar no próximo semestre e, conceptualizar o modo como pretende desenvolver as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), bem como as competências, previstas nos descritores de Dublin, associadas ao grau académico de mestre. Para isso, será elaborado este projeto, que visa o enquadramento e planeamento da área específica a desenvolver durante o estágio.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (Fonseca, 2021) o acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sendo que, ao “fim de um ano cerca de 30% dos doentes que tiveram um AVC acabam por morrer e, daqueles que sobrevivem, cerca de 40% ficam incapacitados” (Rebelo, 2016). No nosso país entre 2012 e 2014, a prevalência dos principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares foram os seguintes: hipertensão arterial 43.1%, diabetes *mellitus* 8.9%, pré-obesidade e obesidade 62.1%, hipercolesterolemia 31.3%, tabagismo 25.4%, dieta inadequada (não cumpre as recomendações da OMS) 71.3%, consumo de álcool superior ao máximo recomendado 18.8%, níveis baixos de atividade física 29.2%. (Bourbon et al., 2019). Deste modo devido à elevada prevalência de fatores de risco para o AVC, na população portuguesa, considera-se fundamental intervir na prevenção, no tratamento, em fase aguda, e na reabilitação subsequente da pessoa com esta patologia.

De acordo com os dados supracitados, para além da mortalidade associada, existe uma grande percentagem de incapacidade conseqüente à lesão neurológica existente. Esta incapacidade, para além da diminuição da qualidade de vida da pessoa, comporta elevados custos económicos e sociais, nos quais a intervenção do EEER pode ter um forte impacto uma vez que “a reabilitação tem um papel preponderante a vários níveis: na recuperação funcional, cognitiva e psicossocial; na integração social; na melhoria da qualidade de vida; na manutenção da atividade profissional e no grau de dependência.” (Fonseca, 2021, n.p.)

Com base nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, o enfermeiro deve atuar na prevenção de complicações, através da identificação dos riscos de alteração da funcionalidade ou que determinem limitações da atividade e incapacidades, definindo intervenções no âmbito reabilitativo que respondam às necessidades do cliente (Ordem dos enfermeiros, 2011). Para isso o EEER está munido de competências acrescidas que lhe permitem “cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida”

(Regulamento nº 392/2019), capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrições da participação” (Regulamento nº 392/2019) e “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2017) a mortalidade por AVC tem vindo a diminuir, motivada, entre outros motivos, pela adoção de medidas estratégicas preventivas e pela melhoria do diagnóstico nesta patologia reforçando desta forma a importância de intervir nesta área.

Diante do exposto levanta-se a seguinte questão, à qual tentarei dar resposta ao longo deste projeto e do estágio: Qual a intervenção EEER na promoção da capacidade funcional da pessoa pós AVC?

A reabilitação da função motora está descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2015) como uma área emergente ao nível da investigação em enfermagem de reabilitação o que, para além dos dados epidemiológicos apresentados, ilustra a relevância desta área que irei trabalhar.

Para a elaboração deste projeto, a metodologia adotada baseia-se na pesquisa bibliográfica em manuais de referência sobre enfermagem de reabilitação e sobre o AVC, bem como numa revisão sistemática da literatura, procurando a evidência mais atual e novas intervenções, através da plataforma *EBSCO Host*, utilizando as bases de dados científicas selecionadas, Medline e CINAHL. Para além disso serão ainda consultadas páginas e documentos oficiais de diversas entidades reconhecidas na área da saúde, nomeadamente a Direção Geral de Saúde, a Organização Mundial de Saúde, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Segundo os autores, das intervenções encontradas e compiladas neste projeto, a nenhuma deve ser dada primazia, em vez disso, devem ser realizadas em complementaridade, de forma a abordar da forma mais abrangente possível as necessidades da pessoa. Desde as mobilizações e posicionamentos, trabalho de equilíbrio e força muscular, passando pela estimulação sensorial e o treino de hábitos para eliminação, todas devem ser realizadas com vista a otimizar a sua capacidade, potenciando o seu processo de reabilitação,

Com vista ao desenvolvimento deste projeto, optámos por selecionar a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson, como referencial teórico que providenciará o fio condutor do pensamento em enfermagem, permitindo tomar decisões sobre os cuidados de enfermagem às diferentes condições de saúde e assim realizar o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação de modo a dar respostas às necessidades da pessoa.

Para a elaboração deste projeto foi utilizado o guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e segundo a norma APA 7ª edição.

Como previamente referido este projeto será executado no estágio do terceiro semestre, que será efetuado em dois contextos distintos e terá a duração total de dezoito

semanas. À data da realização deste projeto aguarda-se a confirmação dos locais de realização dos locais de ensino clínico, estando previsto integrar a unidade de AVC do Hospital de São José, bem como a unidade de cuidados na comunidade (UCC), inserido na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de Mafra.

Estruturalmente este projeto está organizado a partir da introdução, seguido do enquadramento teórico sobre AVC, a explicitação das intervenções do EEER junto da pessoa com AVC, explicitação do quadro de referência teórico escolhido, planeamento do estágio, com a definição de objetivos e atividades de acordo com metas estabelecidas, considerações finais, referências bibliográficas e secção de apêndices.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem de Reabilitação, Capacidade funcional, Intervenções.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O AVC define-se como um défice neurológico, focal, de instalação súbita devido a uma alteração na circulação e na perfusão cerebral, originando uma isquemia que se prolonga por um período superior a 24h, e que pode causar uma lesão cerebral irreversível (Hoeman, 2008; Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007).

De acordo com a etiologia que está associada a este fenómeno podemos classificar o AVC em dois grandes grupos: isquémico e hemorrágico.

Os incidentes isquémicos representam cerca de 83% destes incidentes neurovasculares, e podem estar associados a fenómenos ateroscleróticos nos quais existe uma redução do lúmen vascular, sobretudo nas artérias de grande calibre, constituído um fator de risco elevado para a deposição de trombos. Já a trombose lacunar, outro subtipo, ocorre por uma obstrução numa artéria penetrante, afetando os tecidos de estruturas profundas da massa branca. Os incidentes embólicos, têm origem cárdica e resultam de êmbolos que se deslocam na circulação arterial até que se depositam em vasos de menor calibre, a nível cerebral, e ocorrem na sua maioria devidos a disritmias como a fibrilação auricular quando não hipocoagulada. Existem ainda AVC de origem idiopática, em relação aos quais ainda não está esclarecida a sua causa. Os eventos cerebrovasculares isquémicos podem ainda dever-se à hipoperfusão global secundária a paragens cardiorrespiratórias ou embolia pulmonares, das quais resulta numa redução significativa da circulação e perfusão cerebral, bem como outras origens, destacando-se os processos inflamatórios, os vasoespasmos e problemas de coagulação que podem levar á isquemia de determinadas áreas do tecido cerebral (Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007).

A segunda grande categoria, os AVC de etiologia hemorrágica, ocorrem devido à rotura de um vaso, existindo uma quebra da barreira hematoencefálica, com destruição imediata do tecido adjacente por expansão do hematoma, com aumento da pressão intracraniana e desvio de estruturas, além da toxicidade devido aos elementos presentes no sangue. São classificados relativamente à sua localização, o AVC hemorrágico subaracnoídeo, resultante de uma hemorragia no espaço subaracnoide, na maioria das vezes causada por um aneurisma sacular ou malformação arteriovenosa. Já o AVC hemorrágico intracerebral, ocorre devido a uma rotura de uma pequena artéria profunda, causando uma hemorragia no parênquima cerebral, habitualmente associada à hipertensão não controlada. O AVC desta etologia apresenta uma taxa de mortalidade maior quando comparado com AVC isquémico (Kumar et al., 2013; Monahnan et al., 2007).

Importa ainda destacar os eventos transitórios, nomeadamente o acidente isquémico transitório (AIT), de causas bastante diversas, podendo ir de uma diminuição momentânea da perfusão cerebral resultante por exemplo de uma hipotensão como a um pequeno êmbolo que se solta de uma placa ateromatosa, caracterizado por um episódio breve de défice

neurológico, que após cessar, num período inferior a vinte e quatro horas (Monahnan et al., 2007), não deixa quaisquer sequelas.

As sequelas quer sejam transitórias ou permanentes, variam tipicamente de acordo com o local onde a lesão ocorreu. Numa perspetiva geral, os incidentes que ocorrem no hemisfério direito tendem a estar associados a défices motores e do campo visual do lado contralateral, défices na perceção sobretudo espacial, anosognosia, impulsividade, descoordenação e comportamento geralmente despreocupado com as perdas, enquanto que os que ocorrem no hemisfério esquerdo, habitualmente o hemisfério dominante na maioria das pessoas, está mais associado a défices motores e do campo visual no hemicorpo contralateral, défices de linguagem, destacando-se a afasia e a alexia, comportamento lentificado e/ou cauteloso, défices intelectuais e elevada preocupação e frustração pelas perdas (Monahnan et al., 2007).

Quando a lesão ocorre na artéria cerebral média (ACM), local mais comum de obstruções, ou na artéria carótida interna (ACI), as principais manifestações clínicas são diminuição da força, alterações na propriocepção e no tato e *neglect* no hemicorpo contralateral, afasia (caso ocorra no hemisfério dominante) e hemianopsia homónima do lado contralateral. Já quando ocorre nas artérias vertebro basilares (AVB) pode observar-se ataxia, disfagia, disartria, diminuição da inteligência, vertigens, nistagmo, défices sensitivo-motores, défices da força muscular e parestesias faciais (Monahnan et al., 2007). Algumas manifestações resultantes de AVC não são específicas de uma lesão numa área em particular, destacando-se as alterações da eliminação vesical, que são habitualmente transitórias surgindo nos primeiros dias após o AVC, manifestando-se por urgência urinária, incontinência urinária, polaquiúria e as alterações intestinais, sobretudo ao nível da obstipação que, não sendo uma manifestação direta do AVC são geralmente resultantes das alterações cognitivas e da imobilidade (Monahnan et al., 2007).

## **1.1. Enquadramento da função sensoriomotora**

De acordo com Menoita et al. (2012 citando Horne et al, 2003) a “hemiparesia ou a hemiplegia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual”. Também alguns estudos sugerem que cerca de 70-80% das pessoas que sofreram AVC isquémico possuem alterações motoras e que, no primeiro mês após a lesão, 85% das pessoas demonstram limitações na velocidade da marcha, 68% apresenta movimentos lentos, 37% necessidade de ajuda parcial para suprir as atividades de vida diárias (AVD) e 29% apresentam uma dependência total nas AVD (Menoita et al., 2012). Já quando observamos os dados registados um ano após o AVC, 73% das pessoas que tinham limitações na velocidade da marcha ainda as mantêm, e 51% necessitam de uma ajuda total para as AVD (Menoita et al., 2012).

A qualidade de vida das pessoas que sofreram um AVC, e que ficaram com sequelas do mesmo, é afetada não só pelas próprias incapacidades resultantes da patologia, mas

também pela conseqüente impossibilidade de regressarem ao trabalho, com impacto económico, ao nível do autoconceito e ao nível das relações sociais (Menoita et al., 2012) tendo assim um impacto físico, psicológico e social, isto é, nas múltiplas dimensões que compõem a pessoa.

Dentro das limitações físicas que podem então ser encontradas na pessoa que sofreu AVC destaco as alterações sensoriomotoras, isto é, o conjunto de défices que ocorrem por alterações ao nível da capacidade de interpretar estímulos externos (sensibilidade) e na capacidade de produção de força e/ou movimento (motora).

Importa destacar que por vezes algumas incapacidades apresentadas pela pessoa não são exclusivamente do foro sensorial ou do foro motor podendo incluir lesões cujos mecanismos subjacentes se enquadram concomitantemente nas duas áreas.

As alterações na mobilidade podem estar associadas a alterações na força muscular, no tónus muscular, na sensibilidade e/ou nos mecanismos de controlo postural (Menoita et al., 2012). As alterações da força muscular ocorrem por hipoxia do tecido encefálico provocando alterações nas funções dos neurónios dessas áreas fazendo com que o impulso nervoso deixe de ser conduzido, com possível impacto no feixe corticoespinal, ocorrendo uma diminuição parcial ou total da força do segmento corporal, no lado oposto ao da lesão cerebral, originando situações de paresia ou plegia respetivamente (Menoita et al., 2012). Na fase inicial do AVC observa-se uma perda do tónus muscular, hipotonia, no(s) segmento(s) corporal(ais) afetado(s) de duração variável e que frequentemente é substituída por um estado de hipertonia, isto é, por um aumento do tónus muscular, podendo estar associado a um aumento da resistência muscular à mobilização passiva. A este quadro de hipertonia, designado por espasticidade, isto é, “o aumento do tónus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento” (Menoita et al., 2012, p.74) com início nos segmentos distais e progressão para os segmentos proximais geralmente dos músculos anti-gravítico, originando assim o padrão espástico ou postura de *Wernicke-Mann*, e observando-se à mobilização ativa um aumento rápido da resistência podendo ceder de forma rápida ou lenta, e resulta da falta de controlo do sistema nervoso central (Menoita et al., 2012).

Quer para suprir as AVD, como para executar atividades funcionais mais simples, como manter a posição ortostática e executar a marcha, existem padrões de postura e movimento automáticos e que, no caso da pessoa que sofreu um AVC podem estar comprometidos impossibilitando a realização dessas atividades.

De acordo com o modelo de neurodesenvolvimento, o mecanismo de controlo postural é essencial à realização de todos os movimentos voluntário, tendo por base um diverso número de respostas motoras automáticas que são adquiridas durante os primeiros anos de vida (Johnstone, 1979; Menoita et al., 2012). Estas reações são a de retificação, que permite a manutenção de uma postura adqueada e alinhada. Reação de equilíbrio, sendo resposta

automática ao movimento procurando recuperar o equilíbrio. E por fim a reação de extensão protetora, que é ativada quando o centro de gravidade é deslocado, saindo da sua base de sustentação, não sendo compensado pelas duas reações anteriormente descritas. (Menoita et al., 2012)

Na pessoa após AVC, estes mecanismos reflexos encontram-se lesados, sendo incapaz de iniciar o movimento a partir do lado mais afetado, sendo necessária uma reeducação de todo o mecanismo postural, devendo dentro da sua capacidade a pessoa aprender os exercícios e atividades terapêuticas, que irei descrever no capítulo de intervenções (Johnstone, 1979; Menoita et al., 2012).

Com estes mecanismos reflexos lesados, desenvolvem-se também apraxias, o que corresponde à perda de capacidade de executar determinados gestos apreendidos devido à incapacidade de executar a sequência motora requerida (Menoita et al., 2012). A apraxia pode ser dos membros, bucofacial, construtiva, do vestir ou da marcha. A apraxia dos membros corresponde a uma incapacidade de executar gestos aprendidos devido à afeção dos membros quer seja por diminuição da rapidez e da habilidade independentemente da complexidade do gesto (apraxia cinética), por incapacidade de executar um determinado gesto simples apesar de a pessoa saber como o executar (apraxia ideomotora) ou por incapacidade de executar um movimento complexo apesar de conseguir executar os vários gestos individuais que compõem o gesto complexo (apraxia ideativa) (Menoita et al., 2012). A apraxia bucofacial implica a incapacidade em executar gestos que envolvem a face e/ou a boca. A apraxia construtiva manifesta-se na dificuldade em efetuar ou reproduzir desenhos (Menoita et al., 2012). Na apraxia de vestir a pessoa não consegue efetuar os gestos na sequência necessária para que consiga vestir-se (Menoita et al., 2012). A apraxia da marcha verifica-se quando a pessoa não é capaz de desencadear o gesto necessário para iniciar ou manter a marcha, salvaguardando-se que esta dificuldade não pode estar associada a uma alteração sensorial ou relacionada com a força ou coordenação motora (Menoita et al., 2012). É de salientar que a existência de apraxia, para além de constituir um obstáculo à consecução das AVD e do autocuidado, está associada a um aumento do risco de queda (Menoita et al., 2012).

Já no que concerne à função sensorial esta pode estar comprometida podendo observar-se uma diminuição ou abolição da sensibilidade tátil, térmica, dolorosa, postural e/ou vibratória podendo contribuir para o surgimento de disfunções proprioceptivas, nomeadamente do *neglect* unilateral, com impacto na capacidade de executar movimentos controlados e eficientes e dificultando a aquisição de novas competências motoras no segmento lesado (Menoita et al., 2012). A negligência hemiespacial unilateral, ou *neglect*, que se pode manifestar pelo autocuidado negligente do hemicorpo afetado (*neglect* pessoal), por apenas comer os alimentos que se encontram na metade do prato dentro do campo visual (*neglect* peripessoal) ou pelo facto de não explorar o lado do espaço correspondente ao lado lesado

(neglect do espaço distante), corresponde a uma incapacidade para perceber, explorar ou responder a um estímulo proveniente do hemiespaço lesado (Menoita et al., 2012). Para além do *neglect* unilateral podem ainda observar-se outros tipos de fenómenos de negligência, nomeadamente a anosognosia (negação da existência de uma alteração motora no lado lesado), a hemianomatognosia (a pessoa nega que a metade esquerda do corpo faz parte de si), a astereognosia (ausência de capacidade de identificar um objeto recorrendo apenas ao tato), a esterognosia (ausência de capacidade de reconhecer objetos não recorrendo à visão) e a acromotopsia (incapacidade de reconhecer cores) (Menoita et al., 2012).

Ainda mais, podem observar-se alterações sensoriais e motoras ao nível da motricidade facial conduzindo a parésias faciais, centrais ou periféricas, devido à interrupção do impulso nervoso motor para os músculos da face por lesão do par craniano afetado. As alterações faciais têm impacto nas diversas dimensões da pessoa pois dificultam a comunicação, em especial a comunicação não verbal, e a auto-imagem podendo conduzir ao isolamento social e à depressão. Os sinais clássicos da presença de parésia facial são o apagamento do sulco nasogeniano e o desvio da comissura labial para o lado são (Menoita et al., 2012).

Apesar de ser considerada uma alteração da linguagem, a disartria resulta de uma alteração da musculatura envolvida na fonação por alterações do tónus muscular, pela diminuição da força muscular e/ou por incapacidade ou diminuição da capacidade de coordenação muscular. Estas alterações resultam numa dificuldade na produção de sons fazendo com que o discurso da pessoa seja pouco perceptível (Menoita et al., 2012). Quando esta incapacidade de produzir um discurso perceptível é total, passa a designar-se por anartria. Comparativamente com a afasia, também uma alteração ao nível da linguagem, a disartria não implica uma incapacidade em nomear ou repetir mas sim uma alteração motora, neste caso dos músculos envolvidos na fonação. Deste modo e tratando-se de um projeto sobre a função sensorial e motora não serão exploradas em profundidade as afasias (Menoita et al., 2012).

A disfagia corresponde a uma alteração da deglutição que, na pessoa após AVC é sobretudo uma alteração ao nível da capacidade preparatória da deglutição, parte voluntária do processo de deglutição associada à região cortical, resultante da dificuldade em iniciar a deglutição devido à diminuição da motilidade por alterações neuromusculares. No entanto, existem outros tipos de disfagia, nomeadamente a regurgitação nasal, a tosse durante o processo de deglutição, o armazenamento de alimentos na região posterior da boca e a disfagia esofágica na qual existe uma obstrução mecânica que provoca a sensação de retenção de alimentos no esófago. Cerca de 25% a 56% das pessoas que sofrem AVC apresentam disfagia (Menoita et al., 2012 cita Leal, 2001), no entanto, geralmente esta sequela fica melhorada cerca de uma semana depois da lesão (Menoita et al., 2012 cita Faria, 1998).

Após o AVC, devido à imobilidade, às alterações da força, à alteração dos hábitos de vida diária e ao próprio ambiente pode observar-se uma diminuição da atividade reflexa intestinal e do peristaltismo podendo conduzir a uma obstipação. Em oposição à obstipação, uma das sequelas possíveis do AVC é a incontinência fecal como resultado de uma diminuição do controlo voluntário do esfíncter anal, apesar de a sensibilidade e os reflexos estarem mantidos, fenómeno designado intestino neurogénico desinibido, provocando na pessoa uma sensação de urgência de eliminação intestinal (Menoita et al., 2012). Também a incontinência vesical é uma sequela possível do AVC sendo mais prevalente na fase inicial da patologia. Para Menoita et al. (2012 citando Charles, 1999), 48% das pessoas, em Portugal, que sofreram AVC, no momento da alta, sofriam de incontinência urinária sendo este considerado um fator de mau prognóstico funcional. Na fase aguda do AVC, devido a uma lesão cerebral por disrupção do feixo corticorregulador, pode observar-se a existência de uma bexiga neurogénica desinibida manifestada pelo funcionamento vesical normal ou diminuído, sem volume residual, com ausência do controlo voluntário da micção, nócturia, polaquiúria e sensação de urgência urinária. Pode ainda identificar-se, devido à hipotonia dos músculos da bexiga, uma retenção urinária (Menoita et al., 2012).

Tendo em conta os dados expostos acima considera-se fundamental intervir junto das pessoas com alterações sensoriomotoras de modo a melhorar a sua capacidade funcional, isto é, a sua capacidade para suprirem as AVD e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), melhorando desta forma o seu bem-estar e, conseqüentemente a sua qualidade de vida.

## 2. INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Tendo em conta o enquadramento conceptual realizado no capítulo anterior, é importante agora compreender o contributo do EEER, e como este pode intervir junto da pessoa com AVC. Desta forma, realizámos uma revisão sistemática da literatura, tendo formulado uma questão de investigação para o desenvolvimento deste projeto de acordo com a menemónica **PICO**, sendo a seguinte: Qual a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (Intervenção) na promoção da capacidade funcional (**Outcomes**) da pessoa pós acidente vascular cerebral (**População**)?

Para responder a esta questão de investigação foi realizada uma pesquisa utilizando a plataforma *EBSCO Host*, tendo sido selecionadas as bases de dados CINAHL COMPLETE e MEDLINE COMPLETE. A pesquisa foi realizada utilizando os termos indexados de cada uma das bases de dados, disponíveis no histórico de pesquisa em apêndice (apêndices 1 e 2).

**Tabela 1. – Critérios de Inclusão**

<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A Pessoa após AVC;</li><li>• Pessoa adulta (&gt;19 anos)</li></ul>
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervenção do EEER</li></ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promoção da capacidade funcional</li></ul>
<b>Outros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Publicação entre 2016 e 2022;</li><li>• Idiomas: Português e/ou Inglês;</li><li>• Revisões sistemáticas da literatura e revisões narrativas da literatura</li></ul>

Foram definidos critérios de inclusão (ver tabela 1) e de exclusão (todos os estudos que não se enquadram nos critérios de inclusão) que permitiram selecionar os estudos que melhor responderam à questão e pesquisa.

Da pesquisa efetuada resultou uma vasta variedade de intervenções (apêndice 4). Desta forma encontram-se abaixo compiladas as intervenções provenientes dos estudos identificados na revisão sistemática da literatura, nomeadamente:

**-Treino de exercício aeróbio (EA)** – Segundo os autores (Hasan et al., 2016; Sall et al., 2019) consiste num plano estruturado de repetição de atividades físicas com períodos e intensidade suficientes para melhorar e manter a condição física. Esta intervenção é recomendada principalmente para melhorar a marcha e a capacidade cardiovascular, no entanto, apesar de estar comprovado que melhora também a capacidade cognitiva em pessoas saudáveis não existe evidência suficiente que o comprove na pessoa após AVC, sendo apenas os resultados comprovados ao nível do equilíbrio, força muscular e capacidade de marcha, o que condiciona um melhor desempenho nas AVD e satisfação das NHF. Nos

estudos analisados este treino consistiu em: Treino em passadeira anti gravítica, bicicleta e treino de marcha supervisionado.

- **Task oriented practice or repetitive task practice** (Sall et al., 2019)– Esta técnica permite melhorar a capacidade motora global, bem como a marcha, a postura e as AVD, através da repetição de exercícios pois envolve o esquema de movimentos necessários, como alcançar um objeto, agarrar ou mover ao longo de um trajetória facilitando a realização das AVD.

- **Terapia com espelho** - (Aquino et al., 2021; Sall et al., 2019) é uma intervenção do EEER que permite a melhoria da perceção sensorial do membro lesado auxiliando a interação com essa estrutura corporal permitindo minimizar ou reverter possíveis sequelas pois quando se utiliza este recurso gera-se uma ilusão de que o MS se movimenta fazendo com que o cérebro comece a lutar contra estímulos distintos, por um lado, o estímulo visual de movimento e por outro lado a paralisia apreendida e permite “induzir uma reorganização cortical com o aumento da entrada das informações somatossensoriais e com prática repetitiva” (Aquino et al., 2021 ,p.6). Os benefícios da terapia de espelho permitem, de acordo com o autor, melhorar a função motora grossa e fina e a independência funcional através da existência ganhos funcionais e motores

- **Shaker exercise** ((Sall et al., 2019), é uma intervenção utilizada para a reabilitação da pessoa com disfagia, que consiste colocar a pessoa em decúbito dorsal, trazer o queixo ao peito, podendo ser aplicada uma resistência o que permite fortalecer a musculatura cervical anterior, favorecendo a musculatura orofaríngea, envolvida na deglutição

- **Terapia com manipulação repetitiva de objetos** (Carey, 2017; Menoita et al., 2012), A estimulação sensorial através de estímulos vestibulares e táteis, apresentam um grande benefício na recuperação da sensibilidade. Esta terapia envolve a manipulação de objetos de diferentes tamanhos, pesos e texturas, permitindo uma estimulação sensorial da mão bem como trabalhar a motricidade fina.

- **Terapia de estimulação cutânea** (Carey, 2017), “*bombardeamento*” com múltiplos estímulos sensoriais, térmicos, táteis e vibratórios permitindo de uma forma mais generalizada estimular o lado mais lesado melhorando a sua função sensitiva.

- **Estimulação elétrica funcional** (Eraifej et al., 2017; Sall et al., 2019)A estimulação elétrica funcional implica a aplicação de uma corrente elétrica de modo a estimular os neurónios motores para que o grupo muscular contraia por forma a criar ou facilitar o movimento. Embora os estudos demonstrem que ao nível dos MS não haja evidência acerca dos seus benefícios, é uma terapia estabelecida para os MI que ajuda a melhorar a performance em termos da marcha.

- **Terapêutica farmacológica com toxina botulínica e baclofeno** (Sall et al., 2019), A utilização destes dois métodos terapêuticos permite a diminuição da espasticidade facilitando uma reabilitação motora do lado mais lesado e conseqüentemente uma melhoria

no desempenho nas AVD, no entanto, trata-se de uma intervenção interdependente cuja gestão e monitorização pode facilitar a intervenção do EEER.

- **Terapias baseadas na utilização de tablet** (Pugliese et al., 2018), Esta terapia, com a utilização destes dispositivos, constitui-se como um recurso eficiente, podendo facilitar um acesso a uma reabilitação mais atempada. No entanto, mostra-se mais eficaz no desenvolvimento das capacidades cognitivas, de comunicação e no treino da motricidade fina, dado que para estas áreas o objeto terapêutico é mais intuitivo. Apesar de os autores considerarem a utilização de tablets para fisioterapia não existe evidência suficiente para comprovar a sua eficácia.

- **Terapias auxiliadas por realidade virtual (VR)**, segundo Ellis et al. (2021), não existir evidência suficiente que permita identificar as alterações neurofisiológicas relacionadas à associação da VR ao treino de exercício, a resposta motora aos programas associados à VR apresenta resultados promissores em relação à redução da incapacidade motora. Este treino utilizando dispositivos imersivos permite à pessoa trabalhar a perceção relativamente ao movimento realizado integrando-o em termos sensoriais (Ellis et al., 2021). Os dispositivos não imersivos permitem à pessoa uma perceção espacial com movimentos replicados, por uma representação com um *avatar* (Ellis et al., 2021). Yates et al. (2016) realizaram uma análise relativamente à eficácia dos dispositivos de *gaming* convencionais comparativamente aos sistemas de VR dedicados para a reabilitação. Assim, apesar de os sistemas convencionais serem menos dispendiosos revelam-se menos eficazes em comparação aos dispositivos dedicados de VR, pois estes últimos permitem uma maior adaptabilidade e regulação dos parâmetros das tarefas a serem executas. (Yates et al., 2016)

- **Utilização de dispositivos robóticos para treino de motricidade** (Lo et al., 2017), Para os MS o treino utilizando a assistência com dispositivos robóticos mostrou-se igualmente eficaz comparativamente com as terapias convencionais. No entanto, no que respeita aos MI, nas pessoas com incapacidades severas, o treino com estes dispositivos demonstra melhores resultados do que a terapia convencional, desde as mobilizações passivas ou ativas assistidas até à melhoria da marcha e desempenho nas AVD.

Um dos aspetos que é salientado por vários autores (Pugliese et al., 2018; Sall et al., 2019) é a importância do tratamento da sintomatologia depressiva em concomitância com o treino de outras competências. Sendo a gestão de terapêutica uma intervenção do enfermeiro, o EEER deve estar atento, pois esta dimensão pode facilitar ou dificultar a adesão da pessoa às terapias propostas. De acordo com Pugliese et al., (2018), a utilização de *tablets* ajuda no tratamento da depressão por reduzir as questões do isolamento social, melhorando o seu humor e qualidade de vida, sendo esta melhoria referida pelas próprias pessoas envolvidas no estudo. Também a terapia cognitivo-comportamental e a terapêutica com fármacos antidepressivos são importantes estratégias de tratamento para a depressão (Sall et al., 2019).

Além das intervenções acima descritas, encontradas na revisão realizada, consultando a bibliografia de referência, existem outras que em complementaridade com estas, visam a reabilitação da pessoa com AVC, sendo fulcrais desde o início do processo de reabilitação realizado pelos EEER.

Logo na fase aguda os posicionamentos terapêuticos são fundamentais. São intervenções cruciais no processo de reabilitação da pessoa com AVC Embora não seja possível prevenir a espasticidade, esta intervenção permite contrariar a postura de *Wernicke-Mann* reduzindo consideravelmente o seu desenvolvimento. Os principais objetivos desta intervenção consistem em prevenir a instalação do padrão espático, prevenir alterações musculoesqueléticas, manter a integridade cutânea e integrar o esquema corporal (Menoita et al., 2012).

Os posicionamentos terapêuticos devem seguir o princípio do alinhamento corporal e garantir que as proeminências ósseas sejam salvaguardadas. Conhecendo o padrão espáticos, a pessoa deve ser colocada em padrão antispástico, permitindo o alinhamento da cabeça com o tronco, inclinando a cabeça para o lado menos afetado e realizar a rotação para o lado mais afetado. Realizar a rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral. Garantir a extensão do cotovelo, do punho e dos dedos, devendo estes últimos estar também em abdução. Realizar a supinação do antebraço. Colocar o tronco em extensão com a bacia em bácia posterior. Realizar a rotação interna e ligeira flexão da coxofemoral, bem como a flexão do joelho e da tibiotársica (Menoita et al., 2012).

Sempre que possível deve ser dada primazia aos decúbitos laterais pois são estes que menos favorecem a instalação de espasticidade, sendo que o decúbito para o lado mais lesado permite também a estimulação sensorial do mesmo (Menoita et al., 2012).

As atividades terapêuticas, seguem o princípio do neurodesenvolvimento abordado por Johnstone (1979), devendo estas atividades corresponder ao padrão motor adquirido pela criança. Desta forma o rolar é a atividade pela qual é aconselhado iniciar o processo de reabilitação, pois o recrutamento dos músculos do tronco e a capacidade de rolar no leito facilitam o autocuidado, tendo como objetivo ajudar a controlar e reduzir a espasticidade, favorecendo o alinhamento corporal, bem como reeducar o reflexo postural do lado afetado e estimular a sensibilidade. Esta atividade deve ser realizada tanto para o lado mais afetado, como para o lado menos afetado (Menoita et al., 2012).

Outra atividade terapêutica é a ponte, que consiste num exercício de sustentação, que ajuda a contrariar a rotação externa do MI mais afetado, inibindo a espasticidade, permite ainda a elevação da bacia e recrutar os músculos do tronco, essenciais para assumir o ortostatismo (Menoita et al., 2012), ou seja preparar a pessoa para a marcha.

As automobilizações é um exercício que pode ser realizado de forma independente pela própria pessoa, tendo como objetivo permitir a integração do lado mais afetado bem como promover a manutenção do MS numa posição anti-espática (Menoita et al., 2012).

A facilitação cruzada, como atividade terapêutica, em que a pessoa realiza a atividade sobre a o lado mais afetado, cruzando a linha média, com vista a realizar uma reabilitação bilateral do corpo, com os objetivos de estimular os músculos do tronco no lado afetado, reeducar o reflexo postural no lado lesado, estimular a sensibilidade, além facilitar a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais, permitindo uma reintegração do esquema corporal. É crucial que a tanto a abordagem à pessoa, tal como a disposição espacial seja realizada de modo a incentivar esta técnica (Menoita et al., 2012).

O treino de equilíbrio, com o objetivo de reeducar o reflexo postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade do lado mais afetado, bem como a ação voluntária por parte dos músculos do tronco e preparar a para a marcha. Devem ser iniciados por exercícios de equilíbrio estático, passando após isso, quando possível, para o equilíbrio dinâmico em que é introduzido um ligeiro balanço pelo enfermeiro, permitindo a pessoa recuperar o equilíbrio (Menoita et al., 2012).

É possível investir no treino de marcha, sendo esta uma atividade essencial à independência da pessoa em termos de locomoção. O treino de marcha controlada permite readquirir o padrão automático de marcha perdido e dever ser realizado de forma que a pessoa tome consciência do seu corpo e possa corrigir a sua postura, evitando a extensão máxima do MI e transferindo o peso para o lado mais afetado (Menoita et al., 2012).

O programa de mobilizações deve sempre estás associado ao programa de Enfermagem de Reabilitação, estas mobilizações podem ser classificadas quanto à sua intensidade, em passivas, passivas-assistidas, ativas e ativas resistidas, e visam a manter a integridade das estruturas articulares e evitar aderências, manter a amplitude de movimento e conservar a flexibilidade, e melhorar a circulação de retorno. Estes exercícios permitem readquirir o esquema corporal e estimular o reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva e melhorar equilíbrio, facilitando as atividades no leito e preparando a pessoa para o levante (Menoita et al., 2012). Esta atividade deve ser iniciado o mais precocemente possível, pois segundo Oliveira et al. citado por Menoita et al., 2012, o estímulo proprioceptivo aumenta o fluxo sanguíneo no córtex sensoriomotor.

As intervenções do EEER relativamente à eliminação urinária e intestinal são “uma componente integral da enfermagem de reabilitação” (Menoita et al., 2012, p.156 cita Hoeman, 2000). De acordo com Le Danseur (2020), a maioria das pessoas após o AVC são inicialmente incontinentes urinárias mas com o treino são capazes de recuperar a continência urinário. A intervenção do EEER tem como objetivo restabelecer a continência urinária e ensinar a família a gerir esta situação de incontinência no domicílio (Le Danseur, 2020). Determinar o padrão de eliminação vesical antes do AVC é essencial pois é este que vai nortear o objetivo final da reabilitação. Para atingir este mesmo objetivo as intervenções devem ter em conta o estado cognitivo da pessoa de modo a serem adaptadas, destacando-se as seguintes: treino vesical com uso de técnicas de extração e relaxamento para inibição

da vontade de urinar estabelecendo-se um programa educacional, treino de hábitos com horários estipulados para micções e realização de reforço positivo (J. Santos, 2022a). Outra das estratégias pode ser a utilização de exercícios de musculatura pélvica de modo a aumentar a resistência na uretra através da ativação dos músculos do pavimento pélvico (J. Santos, 2022a). Se a pessoa apresentar problemas do foro cognitivo o objetivo é ensinar a pessoa a assumir a responsabilidade pelas idas ao WC utilizando um reforço positivo sempre que não existem incidentes (J. Santos, 2022a).

Relativamente à eliminação intestinal, de acordo com Santos (2022b) e Le Danseur (2020), a principal meta é estabelecer um padrão intestinal semelhante ao que existia previamente ao AVC, para isso a primeira intervenção nesta área é perceber qual é o padrão. O primeiro desafio trata-se de estimular o peristaltismo, pois este pode encontra-se afetado devido à imobilidade experimentada na primeira fase após a lesão (Le Danseur, 2020). De acordo com os mesmos autores, tal como na incontinência vesical, é possível recuperar a continência intestinal da pessoa. Para isso, pode ser necessário recorrer a terapêutica laxante, estabelecer um horário de eliminação, bem como, adaptar a dieta preconizando-se uma hidratação adequada e uma dieta equilibrada e rica em fibras (J. Santos, 2022b). Está também recomendada a prática de exercício físico, promover um levante precoce, bem como estimular a realização das AVD de modo a restabelecer o trânsito intestinal (J. Santos, 2022b).

Em suma, o EEER deve atuar em todas as fases do AVC adequando a sua intervenção aos desafios específicos de cada fase, isto é, na fase aguda, correspondente ao início do processo de reabilitação, os objetivos de reabilitação são o retardar do aparecimento da espasticidade e a estimulação da proprioção e da força muscular, na fase de recuperação, até aos 3 meses após o AVC, os objetivos são estimular a força muscular, treinar o equilíbrio sentado e em ortostatismo, as transferências, o levante e treinar AVD. A fase de sequelas, findo a fase de recuperação, importa assegurar a manutenção das aprendizagens e a promoção da capacitação familiar para a prestação de cuidados e apoio à pessoa com sequelas de AVC (Johnstone, 1979).

### 3. QUADRO DE REFERÊNCIA

Consideramos necessário, no decorrer deste projeto, selecionar um referencial teórico de enfermagem que me permita analisar e interpretar as situações de cuidados em contexto de ensino clínico, recorrendo ao referencial de teórico das Necessidades Humanas Fundamentais, de Virginia Henderson (2004).

Para Virginia Henderson (2004) a função do enfermeiro prende-se com:

ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível. (Henderson, 2004, p.3)

A teórica define como actividades que contribuem para a saúde, isto é, como necessidades humanas fundamentais: a respiração, a alimentação, a eliminação, o repouso, o sono, o movimento, a higiene do corpo, manutenção da temperatura, adoção de vestuário adequado, as relações sociais, a aprendizagem e a ocupações produtivas e recreativas (Henderson, 2004). Apesar disso, apesar de existir um conjunto de necessidades que são comuns a todas as pessoas importa ressaltar que a satisfação dessas mesmas actividades depende do padrão de vida próprio de cada pessoa e das suas especificidades (Henderson, 2004).

Para a teórica, os componentes dos cuidados básicos de enfermagem implica assegurar condições à pessoa ou assisti-la a:

(1) respirar Normalmente; (2) comer e beber adequadamente; (3) eliminar por todas as vias de eliminação; (4) deslocar-se e manter uma postura desejável (andar, sentar-se, deitar-se e mudar de posição); (5) dormir e descansar; (6) seleccionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; (7) manter a temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente; (8) manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; (9) evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; (10) comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.; (11) praticar de acordo com a sua fé; (12) trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; (13) divertir-se ou participar em várias formas de recreação; (14) aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento "normal" e à saúde (Henderson, 2004, p. 15).

Henderson (2004) considera ainda que existem condições que afetam as necessidades básicas, nomeadamente a idade, o estado psicoemocional, o estatuto social e cultural, a capacidade física e intelectual e a presença de patologias (Henderson, 2004).

Deste modo, apesar de o enfermeiro poder centrar a sua ação em intervenções que respondas às necessidades da pessoa importa que este, no decurso da relação terapêutica, identifique tanto quanto possível os padrões de vida e de satisfação dessas mesmas

necessidades de modo a prestar cuidados de qualidade e centrados nas reais necessidades da pessoa.

Para além disso, a incapacidade funcional tem um impacto direto na capacidade da pessoa suprir as suas necessidades básicas podendo necessitar da ajuda de terceiros para que o consiga fazer ou existindo uma necessidade de ajuste dos padrões de vida no que concerne a estas atividades de modo que essas necessidades se ajustem à condição da pessoa, no caso de esta se tornar crónica. Espera-se que o enfermeiro especialista demonstre uma prática respeitadora dos direitos humanos e que analise e interprete “situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento nº140/2019, p. 4746).

## 4. PLANEAMENTO DO ENSINO CLÍNICO

O EEER tem as suas competências certificadas tendo por base o perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019) e pelo perfil de competências específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019). No entanto, o que torna este profissional diferenciado dos restantes enfermeiros especialistas são as suas competências específicas: “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; (...) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; (...) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”(Regulamento nº 392/2019, p.13566)

De modo a adquirir as competências necessárias para atuar como EEER é necessário planejar os ensinamentos clínicos que irei realizar no próximo semestre. Para isso, defini um conjunto de objetivos gerais e específicos (Tabela 2.), de acordo com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e com o perfil de competências específicas do EEER bem como um conjunto de atividades e indicadores de avaliação de modo a responder a esses mesmos objetivos (apêndice 5).

**Tabela 2. – Objetivos de estágio**

<b>Objetivos gerais</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolver competências específicas ao nível da intervenção do EEER nas áreas sensorial e motora, da pessoa após AVC</li><li>• Desenvolver competências específicas do EEER, nas áreas cardiorrespiratória, alimentação, eliminação e sexualidade</li><li>• Desenvolver competências comuns ao nível EE na área do planeamento, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem</li></ul>
<b>Objetivos específicos para competências comuns</b>
<b>Competência A1</b> - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
<b>Competência A2</b> - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
1- Desenvolver uma prática de acordo com os princípios ético-deontológicos da profissão
2- Assegura o respeito pela pessoa em contexto individual e organizacional, inclusive em contextos de liderança e supervisão

<p><b>Competência B1</b> — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p><b>Competência B2</b> — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</p> <p><b>Competência B3</b> — Garante um ambiente terapêutico e seguro</p>
<p>3- Desenvolver práticas clínicas e ações de formação, de qualidade, iniciando ou integrando programas de melhoria contínua</p> <p>4- Otimizar o ambiente terapêutico garantindo a segurança das pessoas e dos profissionais</p>
<p><b>Competência C1</b> — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;</p> <p><b>Competência C2</b> — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>
<p>5- Desenvolver competências de liderança permitindo uma adaptação e gestão das equipas e recursos garantindo a qualidade dos cuidados</p>
<p><b>Competência D1</b> — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p><b>Competência D2</b> — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>
<p>6- Desenvolver uma prática reflexiva de modo a melhorar a qualidade dos cuidados contribuindo para o autoconhecimento</p> <p>7- Planear cuidados baseados na evidência científica</p>
<p style="text-align: center;"><b>Objetivos específicos para competências específicas</b></p>
<p><b>Competência J1</b> — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>
<p>8- Desenvolver planos de intervenção que promovam a capacidade adaptativa com finalidade ao autocontrolo e satisfação das NHF durante os processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;</p> <p>9- Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC</p>
<p><b>Competência J2</b> — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>
<p>9- Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC</p>

10- Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC
--

<b>Competência J3</b> — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
---

11- Desenvolver programas de treino motor, cardíaco e respiratório, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa após AVC
--

De acordo com as indicações para a construção deste projeto de estágio, estaria prevista uma visita com entrevista ao enfermeiro chefe ou ao representante dos locais de estágio. No entanto, à data da realização deste projeto o mesmo ainda não teria sido possível, estando a aguardar-se ainda a aprovação de todos os locais de ensino clínico. Deste modo, os objetivos acima consagrados foram definidos tendo em conta a minha expectativa relativamente aos locais de estágio previstos (Unidade de AVC do Hospital de S. José e UCC de Mafra), no entanto, pode ser necessária a sua adaptação de acordo com as características específicas que irei identificar nos contextos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta unidade curricular tem como objetivo geral capacitar o estudante para desenvolver o seu projeto de mestrado em Enfermagem de Reabilitação e, como objetivos específicos descrever, analisar e problematizar a área de estudo que pretende desenvolver na UC de Estágio com Relatório a desenvolver no próximo semestre e, conceptualizar o modo como pretende desenvolver as competências definidas pela OE para o EEER, bem como as competências, previstas nos descritores de Dublin, associadas ao grau académico de mestre. Consideramos que no final da construção deste projeto consegui atingir os objetivos propostos para a UC dado que o mesmo enquadra a área da função sensoriomotora, que explorarei com maior ênfase em contexto de estágio, e estão planeadas atividades para dar resposta aos objetivos a que me propus.

Para Menoita et al., (2012) os objetivos da reabilitação motora na pessoa com diminuição da força num dos hemicorpos são “evitar e diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos voluntários do lado afetado” (Menoita et al., 2012, p.76), assim, consideramos que ao longo deste projeto, em especial na explicitação dos resultados de pesquisa que obtive a partir da evidência científica, consegui identificar intervenções que podem ser mobilizadas pelo EEER no âmbito do processo de reabilitação da pessoa com AVC e que poderemos utilizar, se aplicável, junto das pessoas às quais prestaremos cuidados durante o período de estágio, e que respondem à questão de investigação que defini inicialmente neste projeto: Qual a intervenção EEER na promoção da capacidade funcional da pessoa pós AVC?

Ao longo da realização deste projeto a principal dificuldade que sentimos foi a incursão aos locais de estágio, sobretudo pela demora no seu deferimento, o que por sua vez, dificultou a tarefa de adequar os objetivos às reais características dos contextos, existindo a necessidade de adaptar esses mesmos objetivos, de modo a aproximar as atividades que irei desenvolver ao contexto específico que irei encontrar.

Por fim, gostaríamos de salientar que as nossas principais expectativas relativamente ao ensino clínico são; (1) ter a possibilidade de desenvolver competências de enfermagem de reabilitação nas múltiplas áreas possíveis de intervenção do EEER não só junto da pessoa que sofreu AVC, mas também junto da população com outros problemas que podem ser alvo da intervenção do ER, de modo a conseguir desenvolver as competências previstas e certificadas pela OE nas várias áreas definidas; (2) conseguir desenvolver-me pessoal e profissionalmente; (3) desenvolver competências ao nível da liderança e gestão de equipas; (4) capacitar-me para a discussão e intervenção em equipa multidisciplinar e (5) desenvolver competências na área da supervisão.

Por fim, deixamos uma citação que consideramos que deve ser tida em consideração na prática do EEER:

Cada pessoa com deficiência tem valores intrínsecos que transcendem a sua capacidade. Cada pessoa é um ser único que tem o direito e a responsabilidade de tomar decisões pessoais informadas acerca da sua saúde e estilo de vida (Le Danseur, 2020, p. 6 cita Shiel, 2018)

Tendo isto em conta, consideramos que o contributo do EEER não deve ser só na capacitação e promoção da independência funcional em termos físicos, mas também ao nível das restantes dimensões da pessoa e família, tornando-a autónoma na tomada de decisão no que diz respeito ao seu processo de saúde-doença. É em tudo isto que o EEER deve intervir munindo-se das suas competências profissionais, mas também dos valores éticos e humanos necessários à intervenção junto de pessoas em situação de vulnerabilidade acrescida em qualquer fase do ciclo de vida.

## REFERÊNCIAS

- Alashram, A. R., Annino, G., Aldajah, S., Raju, M., & Padua, E. (2022). Rehabilitation of limb apraxia in patients following stroke: A systematic review. *Applied Neuropsychology:Adult*, 29(6), 1658–1668.  
<https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1900188>
- Aquino, A., Sousa, V., & Filho, J. (2021). Efeitos da Terapia do Espelho na Reabilitação de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC): Revisão Sistemática. *Revista Saúde Em Foco*, 8(1), 3–17.
- Araujo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas* (pp. 164–233). Lidel.
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Boulanger, J. M., Lindsay, M. P., Gubitz, G., Smith, E. E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M. K. S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949–984.  
<https://doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 465–474). Lusodidacta.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto- da teoria à prática*. Papa-linguas.
- Brás, V., Boaventura, I. S., Jorge, B. I., Marta, R. I., Ana, S. I., Miguéns, C., Horta, I. L., & Soares, I. P. (2019). Osteoporose e Quedas : Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 31(2), 15–23.
- Brashear, A., & Elovic, E. (2011). *Spasticity : Diagnosis and Management*. Demos medical.
- Buxbaum, L. J., Ferraro, M. K., Veramonti, T., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., Frassinetti, F., & Coslett, H. B. (2004). Hemispatial neglect: Subtypes, neuroanatomy, and disability. *Neurology*, 62(5), 749–756. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000113730.73031.F4>
- Caldas, A. (2007). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Roca.

- Campos, A., & Rezende de Oliveira, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 1(115), 13–45. <https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>
- Cardoso, F. B., Sc, M., Beresford, H., & Sc, D. (2010). *Avaliação da eficácia do exercício aeróbico na reabilitação de pacientes com marcha hemiparética*. 11(71), 259–264.
- Carey, L. M. (2017). Review on somatosensory loss after stroke. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 29(1–4), 1–46. <https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v29.i1-4.10>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87(March), 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
- Chiado, A. P. A., Ferreira, M. S. M., Ribeiro, O. M. P. L., Gomes, B. P., & Martins, M. M. F. (2022). Impacto De Um Programa De Reabilitação Na Gestão Urinária Do Doente Acometido Por Acidente Vascular Cerebral. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0656pt>
- Conterno, M., Kümmerer, D., Dressing, A., Glauche, V., Urbach, H., Weiller, C., & Rijntjes, M. (2022). Speech apraxia and oral apraxia: association or dissociation? A multivariate lesion–symptom mapping study in acute stroke patients. *Experimental Brain Research*, 240(1), 39–51. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06224-3>
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.
- Costa, V., Seixas, M., & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas*. Lidel.
- Curtis, E., & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32–35. <https://doi.org/10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672>
- D'Netto, P., Rumbach, A., Dunn, K., & Finch, E. (2023). Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia*, 38(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10443-3>
- Da Campo, L., Hauck, M., Marcolino, M. A. Z., Pinheiro, D., Plentz, R. D. M., & Cechetti, F. (2021). Effects of aerobic exercise using cycle ergometry on balance and functional capacity in post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Disability and Rehabilitation*, 43(11), 1558–1564. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1670272>
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*.

Europa-América.

- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Em Enfermagem*, 21(1), 20–30.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral- Itinerários Clínicos*. Lidel.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*.
- Dos Santos, J. C. C., Giorgetti, M. J. D. S., Torello, E. M., Meneghetti, C. H. Z., & Ordenes, I. E. U. (2010). The influence of Kinesio Taping in the treatment of shoulder's subluxation at stroke. *Revista Neurociencias*, 18(3), 335–340.  
<https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8471>
- Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health and Illness*, 41(2), 325–342.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12825>
- Ellis, F., Kennedy, N. C., Hancock, N. J., & Pomeroy, V. M. (2021). Neurophysiological changes accompanying reduction in upper limb motor impairments in response to exercise-based virtual rehabilitation after stroke: systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 113, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.05.009>
- Eraifej, J., Clark, W., France, B., Desando, S., & Moore, D. (2017). Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 6(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0435-5>
- Ferry, B., Compagnat, M., Yonneau, J., Bensoussan, L., Moucheboeuf, G., Muller, F., Laborde, B., Jossart, A., David, R., Magne, J., Marais, L., & Daviet, J. C. (2022). Awakening the control of the ankle dorsiflexors in the post-stroke hemiplegic subject to improve walking activity and social participation: the WAKE (Walking Ankle isoKinetic Exercise) randomised, controlled trial. *Trials*, 23(1), 1–12.  
<https://doi.org/10.1186/s13063-022-06545-w>
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Gianni, M. (2007). A Espaticidade. In *Tratado de Medicina de Reabilitação*. Roca.
- Godinho de Matos, M. de F., & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Gomes, G., & Soares, A. B. (2013). Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 780–789. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400019>

- Grade, L. (2018). *Cérebro em movimento: intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC isquémico*. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Gustavsson, M., Ytterberg, C., & Guidetti, S. (2020). Exploring future possibilities of using information and communication technology in multidisciplinary rehabilitation after stroke—a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 223–230. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1666918>
- Hasan, S. M. M., Rancourt, S. N., Austin, M. W., & Ploughman, M. (2016). Defining Optimal Aerobic Exercise Parameters to Affect Complex Motor and Cognitive Outcomes after Stroke: A Systematic Review and Synthesis. *Neural Plasticity*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2961573>
- Hay-smith, E., Thompson, S., Weatherall, M., & Ranta, A. (2022). Documented incontinence after stroke: a secondary analysis of a cohort study. Reducing Ethnic and Geographic Inequities to Optimise New Zealand Stroke Care (Regions Care). *New Zealand Medical Journal*, 135(1567).
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de reabilitação. prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4th ed.). Lusodidacta.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. Editora Malone.
- Konecny, P., Elfmark, M., & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 73–75. <https://doi.org/10.2340/16501977-0645>
- Kott, F; Lehmann, J. (1994). *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.
- Kumar, V., Abbas, A., & Aster, J. (2013). *Robbins patologia básica* (9th ed.). Elsevier.
- Le Danseur, M. (2020). Stroke Rehabilitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(1), 97–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.11.004>
- Lo, K., Stephenson, M., & Lockwood, C. (2017). Effectiveness of robotic assisted rehabilitation for mobility and functional ability in adult stroke patients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(12), 3049–3091. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003456>
- Machado, W., Pinto, E., Cruz, V., Figueiredo, N., Pinheiro, A., Xavier, A., Araujo, S., & Porto, I. (2016). *Cuidando de pessoa com paraparesia espástica: intervenções da enfermagem de reabilitação para atividades cotidianas*. 2020, 1–23.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*:

- contributos para um envelhecimento resiliente*. Lusociência.
- Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, Diário da República, 1.ª série 5670 (2006).
- Portaria n.º 301/2019, Diário da República 128 (2019).
- Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica. Perspetivas de saúde e doença*. Lusociência.
- Monteiro, A. (2011). Qualidade de Vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *ESTSP - Escola Superior de Tecnologias Da Saúde Do Porto, Instituto Politécnico Do Porto, C.*
- Monteiro, G., Moraes, J., Gomes, B., de França, I., & de Oliveira, R. (2016). Aplicação do modelo calgary de avaliação familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrative. *Aquichan*, 16(4), 487–500.  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020b). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Myung, J. H., & Pyun, S. B. (2023). Effect of Oral Apraxia on Dysphagia in Patients with Subacute Stroke. *Dysphagia*, 38(1), 227–235. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10458-w>
- Nandmer, V. K., & Nandmer, A. K. (2022). Gastrointestinal Complications and its Association with Common Risk Factors of Cerebrovascular Accident: A Retrospective Observational Study from Central India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 16(5).  
<https://doi.org/10.7860/jcdr/2022/56237.16359>
- Nascimento, L. C. G. do, Patrizzi, L. J., & Oliveira, C. C. E. S. (2012). Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. *Fisioterapia Em Movimento*, 25(2), 325–331. <https://doi.org/10.1590/s0103-51502012000200010>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2023). *Stroke statistics*.
- Nogueira, C. C. de C., Soares, A. B., Monteiro, M., & Medeiros, H. C. P. (2020). Habilidades Sociais e Expectativas Acadêmicas em Estudantes de Enfermagem. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(1), 99–118. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50792>
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*.

- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*.
- Padilha, J., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Perspectives on training processes in rehabilitation nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83–89.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Park, Y. J., & Lee, J. M. (2020). Effect of Acupuncture Intervention and Manipulation Types on Poststroke Dysarthria: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4981945>
- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(11), 121–132.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2015). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121–132.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Llano, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. In *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45–56). Formasau.
- PORDATA. (2022a). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*.
- PORDATA. (2022b). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*.
- Predebon, M. L., Pizzol, F. L. F. D., Santos, N. O. dos, Bierhals, C. C. B. K., Rosset, I., & Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 39(2).  
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>
- Decreto-Lei n.º 95/2019 de 18 de julho, 136 Diário da República 35 (2019).
- Pugliese, M., Ramsay, T., Johnson, D., & Dowlatsahi, D. (2018). Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences. *PLoS ONE*, 13(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191566>
- Rebelo, P. (2016). Guia prático para a população. *Sociedade Portuguesa de AVC*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro

- especialista. In *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República* n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03 (pp. 13565–13568).
- Ribeiro, M., Santos, S., & Meira, T. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Revista de Enfermagem Da Escola Anna Nery*, 10(1), 109–115.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação*. Lidel.
- Rocha, I. de J., Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 5–17.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Sall, J., Eapen, B. C., Elizabeth, J., Bowles, A. O., Bursaw, A., & Rodgers, M. E. (2019). The management of stroke rehabilitation: A synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 171(12), 916–924. <https://doi.org/10.7326/M19-1695>
- Santos, J. (2022a). Disfunção vesico-esfincteriana: estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação. *Slides de Aulas ER III*.
- Santos, J. (2022b). Intervenção da enfermagem de reabilitação nas pessoas com problemas de eliminação intestinal. *Slides de Aulas ER III*.
- Silva, I., Silva, C., Vilela, A., Bastos, L., & Henriques, M. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(8), 103–111.
- Vieira, A. (2015). Reabilitação do membro superior em utentes pós-AVC co menos de 6 meses de evolução: uma pesquisa realizada entre fisioterapeutas de instituições portuguesas. *Revista Sinapse*, 2, 5–12.
- Yamazaki, K., Hirata, K., Mimuro, I., & Kaitoh, Y. (2001). A case of dressing apraxia: Contributory factor to dressing apraxia [5]. *Journal of Neurology*, 248(3), 235–236.  
<https://doi.org/10.1007/s004150170234>
- Yates, M., Kelemen, A., & Sik Lanyi, C. (2016). Virtual reality gaming in the rehabilitation of the upper extremities post-stroke. *Brain Injury*, 30(7), 855–863.  
<https://doi.org/10.3109/02699052.2016.1144146>
- Yorkstone, K., & Beukelman, D. (1994). Distúrbios da fala e da linguagem. In *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.
- Zavarize, S., & Martelli, A. (2014). Mecanismo neurofisiológicos da aplicação da bandagem funcional no estímulo somatossensorial. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2(2), 39–49.
- Zhao, L. J., Jiang, L. H., Zhang, H., Li, Y., Sun, P., Liu, Y., & Qi, R. (2022). Effects of Motor Imagery Training for Lower Limb Dysfunction in Patients with Stroke A Systematic

Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Publish Ah(20194), 409–418.  
<https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002107>

## **APENDICES**

## **Apêndice Nº1- Histórico de pesquisa na base de dados CINAHL**



Tuesday, July 19, 2022 3:53:47 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S16	S5 AND S10 AND S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	327
S15	S11 OR S12 OR S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	24,821
S14	(MH "Rehabilitation Patients")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	3,515
S13	(MH "Association of Rehabilitation Nurses")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	20
S12	(MH "Rehabilitation Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,938
S11	(MH "Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19,691

S10	S6 OR S7 OR S8 OR S9	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	41,401
S9	(MH "Functional Status")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	27,611
S8	(MH "Teaching: Psychomotor Skill (Iowa NIC)")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1
S7	(MH "Motor Skills")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,233
S6	(MH "Motor Skills Disorders")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	2,542
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	80,699
S4	(MH "Stroke Patients")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,315
S3	(MH "Hemorrhagic	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	91

	Stroke")	assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S2	(MH "Ischemic Stroke")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	661
S1	(MH "Stroke")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	76,851

## **Apêndice nº2 - Histórico de pesquisa na base de dados MEDLINE**



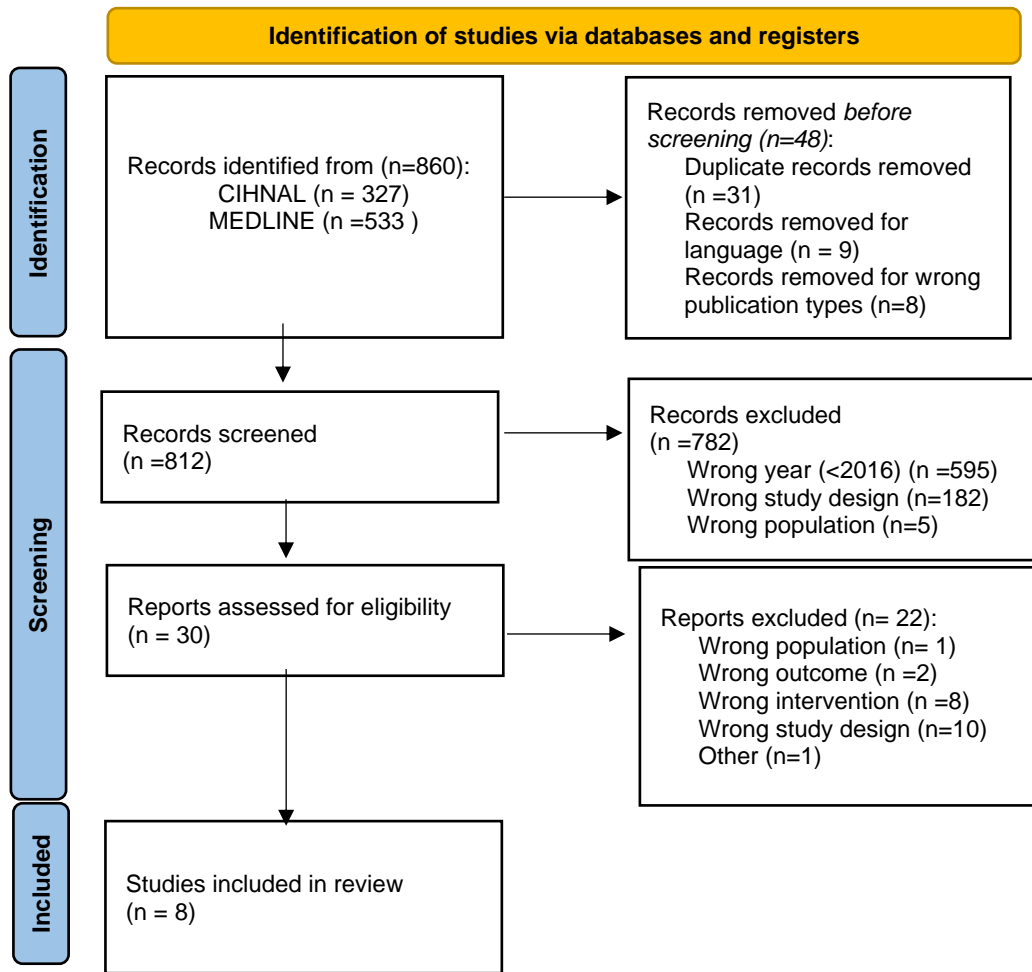
Tuesday, July 19, 2022 4:19:26 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S16	S5 AND S9 AND S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	533
S15	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	37,308
S14	(MH "Rehabilitation Research")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	245
S13	(MH "Neurological Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,364
S12	(MH "Stroke Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	16,231
S11	(MH "Rehabilitation Nursing")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	1,468

S10	(MH "Rehabilitation")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	18,650
S9	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	29,294
S8	(MH "Motor Disorders")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	860
S7	(MH "Motor Skills Disorders")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,150
S6	(MH "Motor Skills")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	25,957
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	147,524
S4	(MH "Patients")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	22,351
S3	(MH "Hemorrhagic	Expansores - Aplicar	Interface - EBSCOhost	367

	Stroke")	assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	(MH "Ischemic Stroke")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,988
S1	(MH "Stroke")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	121,726

## **Apêndice nº3 – Fluxograma PRISMA**



## **Apêndice nº4 – Análise de estudos incluídos**

	<b>Autores e data</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
S1	(Hasan et al., 2016)	Defining Optimal Aerobic Exercise Parameters to Affect Complex Motor and Cognitive Outcomes after Stroke: A Systematic Review and Synthesis	Revisão sistemática da literatura	Verificar a relevância do treino de exercício aeróbio na reabilitação motora e cognitiva após AVC	Treino do EA em bicicleta, passadeira anti gravítica e treino de marcha supervisionado	O treino de EA, demonstra melhoria em termos dos MI, em termo de força e equilíbrio. Não existe evidência suficiente que seja benéfico para os MS, nem evidente melhoria das capacidades cognitivas
S2	(Pugliese et al., 2018)	Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences	Revisão sistemática da literatura	Verificar a eficácia de uma terapia baseada na utilização de um <i>tablet</i> , e avaliar a experiência da pessoa e testando a sua fiabilidade	Terapia cognitiva, de comunicação e motricidade fina; Fisioterapia com <i>tablet</i> ; Tratamento de depressão	A terapia através de <i>tablet</i> mostra-se mais eficaz nas capacidades cognitivas, comunicacionais e de motricidade fina, sendo inclusive mais intuitiva nessas tarefas; O tratamento da depressão, não é totalmente comprovado, existindo uma melhoria do humor, possivelmente relacionada com as melhorias físicas e cognitivas
S3	(Ellis et al., 2021)	Neurophysiological changes accompanying reduction in upper limb motor impairments in response to exercise-based virtual rehabilitation after stroke: systematic review	Revisão narrativa da literatura	Verificar se as alterações neurofisiológicas estão relacionadas ou acompanham a redução da incapacidade motora, em resposta a um programa de treino de exercido associado à realidade virtual	Treino de exercício auxiliado por Realidade Virtual (VR), com dispositivos imersivos e não imersivos	Não há evidência suficiente para identificar as alterações neurofisiológicas, que estão relacionadas com o treino de exercício associado à realidade virtual. No entanto a resposta motora aos programas associados á VR apresentam resultados promissores na redução da incapacidade motora

	<b>Autores e data</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
S4	(Sall et al., 2019)	The Management of Stroke Rehabilitation: A Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline	Guideline	Desenvolver recomendações para uma intervenção de reabilitação após o AVC	Prática de tarefas repetitivas para melhorar a função dos MI e MS, postura, marcha e AVD's; Treino cardiovascular (p.e. passadeira anti gravítica ou bicicleta); Terapia de espelho; Estimulação elétrica; Terapias com toxina botulínica e baclofeno intratecal para reduzir a espasticidade; Treino de musculatura expiratória; <i>Shake exercise</i> para fortalecer a musculatura da deglutição; Terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão; Oferecer ISRS no tratamento da depressão	Foram desenvolvidas recomendações de reabilitação após AVC nas seguintes áreas: <i>timig</i> , terapia motora, terapia para a disfagia, cognição, discurso e terapia sensorial, terapia para a saúde mental e outras funções. Não há evidência suficiente em relação às terapias cognitivas e sensoriais. Não existe evidência que favoreça ou contradiga a utilização de outros exercícios, como o treino de resistência língua-palato

	<b>Autores e data</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
S5	(Eraifej et al., 2017)	Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: a systematic review and meta-analysis	Revisão sistemática da literatura	Verificar se a estimulação elétrica dos MS melhora as AVD e a função motora	Estimulação elétrica funcional dos membros superiores	A estimulação elétrica iniciada nos 2 meses após o AVC obteve uma melhoria significativa das AVD no grupo de controlo comparativamente a outros grupos nos quais o AVC ocorreu em períodos superiores. Autores indicam que a heterogeneidade da população dos estudos identificados não permite tirar outras elações
S6	(Carey, 2017)	Review on Somatosensory Loss after Stroke	Revisão narrativa da literatura	Providenciar informação sobre o impacto da perda sensorial nas AVD, avaliar o potencial para melhoria e em que condições se pode obter essa melhoria	Manipulação repetitiva de objetos com diferentes tamanhos, pesos e texturas; Estimulação cutânea do antebraço, mão e dedos; “Bombardamento” de múltiplos estímulos sensoriais térmicos, táteis e vibratórios	Os estudos que aplicam um controlo experimtnal indicam que as questões somatosensoriais são reabilitáveis após um AVC e que tanto os estímulos específicos como os generalizados têm efeito na função sensorial

	<b>Autores e data</b>	<b>Título</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados</b>
S7	(Lo et al., 2017)	Effectiveness of robotic assisted rehabilitation for mobility and functional ability in adult stroke patients: a systematic review	Revisão sistemática da literatura	Examinar a eficácia de dispositivos robóticos na reabilitação do AVC na mobilidade dos MS e MI e nas AVD	Utilização de exoesqueletos robóticos para mobilização me MI, treino de marcha e execução das Utilização de braços robóticos unilaterais ou bilaterais para mobilização dos MS	O treino com dispositivos robóticos é tão eficaz como a terapia convencional na mobilidade dos MS e MI Nas AVD também se mostrou igualmente eficaz em comparação com o treino convencional
S8	(Yates et al., 2016)	Virtual reality gaming in the rehabilitation of the upper extremities post-stroke	Revisão narrativa de resultados	Comparar as várias modalidades de realidade virtual e verificar a sua eficácia na reabilitação dos MS após AVC	Utilização de sistemas de gaming convencionais e sistemas de reabilitação de realidade virtual para reabilitação motora dos MS através da repetição e variação da intensidade de movimentos de modo a estimular a neuroplasticidade, providenciando também uma compreensão dos movimentos da pessoa através das representações da realidade virtual	Os sistemas de realidade virtual dedicados à reabilitação aparentam ser mais eficazes na reabilitação em especial devido à sua possibilidade de adaptação dos parâmetros comparativamente aos sistemas de gaming tradicionais

## **Apêndice nº5– Planejamento de atividades**

## DOMINIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

**Competência A1** - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

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

**Objetivos Específicos:**

1 – Desenvolver uma prática de acordo com os princípios ético-deontológicos da profissão

2 – Assegura o respeito pela pessoa em contexto individual e organizacional, inclusive em contextos de liderança e supervisão

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES/CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>A1.1.</b> Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p><b>A1.2.</b> Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade;</p> <p><b>A1.3.</b> Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;</p> <p><b>A2.1.</b> Promove a protecção dos direitos humano</p> <p><b>A2.2.</b> Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observa e identifica as dinâmicas da equipa multidisciplinar, nos locais de estágio;</li> <li>• Observa e reflete sobre a intervenção do EEER e como este se integra na equipa multidisciplinar nos diferentes contextos;</li> <li>• Consulta as normas e protocolos de avaliação, intervenção e registos dos locais de estágio;</li> <li>• Conhece os recursos humanos, materiais, físicos e espaciais existentes no local de ensino clínico;</li> <li>• Conhece os princípios ético-deontológicos e aplicá-los às situações que integrarei;</li> <li>• Refletir sobre a componente ético-deontológicas das situações que integro;</li> <li>• Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados centrados na pessoa;</li> <li>• Demonstra respeito pela pessoa e pelos seus direitos no acesso à informação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integra-se na equipa multidisciplinar demonstrando conhecer a organização, as suas normas, protocolos e dinâmicas;</li> <li>• Demonstra conhecer o papel do EEER nos locais de ensino clínico onde se inseriu;</li> <li>• Demonstra capacidade de refletir sobre os princípios ético-deontológicos das situações que integra;</li> <li>• Demonstra na sua prática de cuidados conhecimento sobre os recursos humanos, materiais, físicos e espaciais existentes no local de estágio;</li> <li>• Integra os princípios ético-deontológicos da profissão na prestação de cuidados;</li> <li>• Respeita a pessoa e o seu direito à autonomia, confidencialidade e acesso à informação</li> </ul>
<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de ensino clínico;</p> <p><b>Materiais:</b> Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos e protocolos institucionais, Cronograma.</p>	

### DOMINIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS

**Competência B1** — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

**Competência B2** — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

**Competência B3** — Garante um ambiente terapêutico e seguro

**Objetivos Específicos:**

3 - Desenvolver práticas clínicas e ações de formação, de qualidade, iniciando ou integrando programas de melhoria continua

4 - Otimizar o ambiente terapêutico garantindo a segurança das pessoas e dos profissionais

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES/CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p><b>B1.1.</b> Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade;</p> <p><b>B1.2.</b> Orienta projetos institucionais na área da qualidade;</p> <p><b>B2.1.</b> Avalia a qualidade das práticas clínicas;</p> <p><b>B2.2.</b> Planeia programas de melhoria contínua;</p> <p><b>B3.1.</b> Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza pesquisa e integrar o conhecimento, contribuindo para a qualidade da prestação de cuidados;</li> <li>• Desenvolve e participar em projetos de melhoria de qualidade nas unidades;</li> <li>• Identifica os projetos existentes nos contextos de estágio;</li> <li>• Identifica as necessidades de formação/melhoria de cuidados;</li> <li>• Constrói material de suporte adequados às necessidades de formação identificadas nos contextos</li> <li>• Identifica fatores de risco que possam comprometer o desempenho profissional e o bem-estar da pessoa e família</li> <li>• Efetua formação de modo a executar a prestação e cuidados através dos princípios da ergonomia e mecânica corporal;</li> <li>• Executa as intervenções de enfermagem, garantindo os princípios técnico-científicos, de modo a garantir a segurança dos profissionais e das pessoas;</li> <li>• Identifica riscos ambientais que possam comprometer a segurança dos profissionais, pessoa e família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetua pesquisas em bases de dados científicas;</li> <li>• Integra a evidência científica que pesquisou na prática de cuidados;</li> <li>• Participa nos projetos existentes nos locais de estágio</li> <li>• Constrói materiais de suporte adequados às necessidades de formação que identifica nos contextos de estágio;</li> <li>• Identifica riscos que possam comprometer o seu desempenho profissional e /ou a segurança das pessoas e dos profissionais;</li> <li>• Executa os procedimentos de enfermagem de acordo com os princípios técnico-científicos.</li> </ul>

<p><b>B3.2.</b> Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p>		
<p><b>Recursos</b></p>	<p><b><u>Humanos:</u></b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;  <b><u>Físicos:</u></b> Locais de ensino clínico;  <b><u>Materiais:</u></b> Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos e protocolos institucionais, Cronograma.</p>	

**DOMINIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS**

**Competência C1** — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

**Competência C2** — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

**Objetivos Específicos:**

5 – Desenvolver competências de liderança permitindo uma adaptação e gestão das equipas e recursos garantindo a qualidade dos cuidados

<b>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES/CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>C1.1.</b> Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <p><b>C1.2.</b> Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;</p> <p><b>C2.1.</b> Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</p> <p><b>C2.2.</b> Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e do indivíduo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica as necessidades da pessoa, em contexto multidisciplinar;</li> <li>• Efetua uma gestão da equipa e recursos, referenciando a pessoas para o profissional de saúde mais adequado na equipa multidisciplinar;</li> <li>• Colabora na tomada de decisão em equipa multidisciplinar;</li> <li>• Realiza uma gestão os cuidados de acordo com os recursos humanos e matérias existentes;</li> <li>• Realiza uma intervenção adequada, e fornecer assessoria em materiais de apoio, de acordo com as condições socio económicas da pessoa e família;</li> <li>• Supervisiona a intervenção dos pares de modo a dar continuidade à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Supervisiona os cuidados delegados a outros profissionais de saúde, garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos;</li> <li>• Identifica a gestão de recursos, humanos e materiais;</li> <li>• Desenvolve estratégias de resolução das necessidades identificadas no contexto;</li> <li>• Aplica estratégias motivacionais e de envolvimento da equipa multidisciplinar na prática do contexto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma decisões de acordo com as preferências e segurança da pessoa e com os princípios ético-deontológicos da profissão;</li> <li>• Colabora na tomada de decisão no âmbito da equipa multiprofissional;</li> <li>• Gere a prestação de cuidados de acordo com os recursos, características e capacidades da pessoa e da família;</li> <li>• Identifica necessidades de encaminhamento para outros profissionais da equipa multiprofissional;</li> <li>• Garante a continuidade dos cuidados através dos registos escritos e da transmissão da informação oral;</li> <li>• Garante a supervisão das tarefas que delegou de modo a garantir a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados; Adapta o seu processo de comunicação e de liderança à equipa onde está inserido.</li> </ul>
<p align="center"><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de ensino clínico;</p> <p><b>Materiais:</b> Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos e protocolos institucionais.</p>	

**DOMINIO DE COMPETÊNCIAS COMUNS**

**Competência D1** — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

**Competência D2** — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

**Objetivos Específicos:**

6 – Desenvolver uma prática reflexiva de modo a melhorar a qualidade dos cuidados contribuindo para o autoconhecimento

7 – Planejar cuidados baseados na evidência científica

<b>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES/CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>D1.1.</b> Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;</p> <p><b>D1.2.</b> Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional;</p> <p><b>D2.1.</b> Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;</p> <p><b>D2.2.</b> Suporta a prática clínica em evidência científica;</p> <p><b>D2.3.</b> Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflete sobre os seus valores pessoais e profissionais que possam influenciar a prestação de cuidados;</li> <li>• Reflete de forma contínua sobre o seu desempenho em ensino clínico e sobre as áreas com necessidades de melhoria, solicitando feedback sistemático do supervisor e orientador;</li> <li>• Identifica áreas nas quais necessita de apoio do docente orientador e do enfermeiro supervisor;</li> <li>• Identifica as limitações ao nível da comunicação que possam dificultar o estabelecimento de uma relação terapêutica;</li> <li>• Reflete e aplica técnicas de gestão de conflitos e gestão de emoções no âmbito do estágio;</li> <li>• Pesquisa evidência científica que responda às necessidades de prestação de cuidados identificadas;</li> <li>• Integra a evidência científica na prática de cuidados;</li> <li>• Analisa estudos de caso, integrando a mais recente evidência científica;</li> <li>• Participa em formações e congressos, de modo a atualizar o meu conhecimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica os seus valores pessoais e profissionais que possam influenciar a prestação de cuidados;</li> <li>• Autoavalia-se de forma contínua e identifica áreas com necessidades de melhoria;</li> <li>• Identifica áreas nas quais necessita do apoio do docente orientador e do enfermeiro supervisor;</li> <li>• Reflete criticamente sobre as suas ações em contexto clínico;</li> <li>• Efetua pesquisas em bases de dados científicas;</li> <li>• Integra a evidência científica que pesquisou na prática de cuidados;</li> <li>• Efetua estudos de caso para promover a reflexão sobre a ação com vista à melhoria contínua do seu desempenho;</li> <li>• Atualiza continuamente os seus conhecimentos com recurso a formações científicas de entidades de referências nas áreas em que atua.</li> </ul>

<b>Recursos</b>	<p><b><u>Humanos:</u></b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;</p> <p><b><u>Físicos:</u></b> Locais de ensino clínico;</p> <p><b><u>Materiais:</u></b> Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos e protocolos institucionais.</p>
-----------------	---

**DOMINIO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS**

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

**Objetivos Específicos:**

8 - Desenvolver planos de intervenção que promovam a capacidade adaptativa com finalidade ao autocontrole e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;

9 – Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC

<b>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES/CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>
<p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrole e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza de colheita de dados (avaliação Inicial);</li> <li>• Realiza do exame neurológico;</li> <li>• Identifica os recursos familiares e comunitários</li> <li>• Avalia as alterações da funcionalidade, da força muscular, da espasticidade, do equilíbrio, da alimentação, eliminação e sexualidade;</li> <li>• Utiliza escalas para avaliação da(s) diferente(s) função(ões) afetada(as);</li> <li>• Identifica as necessidades de intervenção da pessoa, de acordo com as prioridades de intervenção e as suas preferências, para otimizar e/ou reeducar a(s) função(ões) afetada(as);</li> <li>• Realiza diagnósticos de enfermagem de acordo com o padrão documental dos cuidados EEER;</li> <li>• Define das intervenções a implementar, em conjunto com a pessoa, de modo a potenciar as suas capacidades e satisfazer as suas NHF's;</li> <li>• Desenvolve intervenções, com o objetivo de prevenir complicações, otimizar e/ou reeducar a(s) função(ões) afetada(as), implementado programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da deglutição, da eliminação e da sexualidade;</li> <li>• Assessoria, ensino e treino de produtos de apoio;</li> <li>• Inclui a pessoa/família/cuidador informal no desenvolvimento dos programas de reabilitação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza colheita de dados, avaliação inicial e introduz nos planos de cuidados;</li> <li>• Realiza exame neurológico, utilizando escalas e instrumentos de avaliação adequados;</li> <li>• Identifica recursos familiares e comunitários que podem ser mobilizados</li> <li>• Avalia alterações das funções cardíaca, respiratória, motora, sensorial, cognitiva, alimentar, eliminação vesical e intestinal e da sexualidade, utilizando escalas e instrumento adequados;</li> <li>• Avalia a capacidade funcional da pessoa para satisfazer as suas NHF's de forma autónoma e independente;</li> <li>• Identifica as necessidades de intervenção de acordo com as prioridades de intervenção e da pessoa;</li> <li>• Define o plano de intervenção, em conjunto com a pessoa;</li> <li>• Desenvolve intervenções implementando programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</li> </ul>

<p>eliminação e da sexualidade.</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalia os resultados dos programas de reabilitação implementados;</li> <li>• Planeia precoce da alta com envolvimento da família na identificação de necessidades no regresso a casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza a assessoria, ensinos e treino de produtos de apoio;</li> <li>• Envolve a pessoa/família/cuidador informal no programa de reabilitação;</li> <li>• Avalia os resultados dos programas de reabilitação implementados.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Recursos</b></p>	<p><b><u>Humanos:</u></b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;</p> <p><b><u>Físicos:</u></b> Locais de ensino clínico;</p> <p><b><u>Materiais:</u></b> Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos, protocolos, Instrumentos de avaliação funcional (MIF e MAF); Escalas de avaliação de força (<i>Medical Research Council</i>); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel, Escala de Guss.</p>	

**DOMINIO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS**

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

**Objetivos Específicos:**

10 – Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC;

9 - Desenvolver programas de reabilitação, com vista à adaptação às limitações e otimização da autonomia, independência e qualidade de vida, da pessoa após AVC

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>J2.1.</b> 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.</p> <p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica as limitações da mobilidade e maximizar a autonomia e a qualidade de vida;</li> <li>• Desenvolve programas de reabilitação e treino de AVD;</li> <li>• Identifica as limitações e restrições da acessibilidade e da participação social;</li> <li>• Identifica as barreiras arquitetônicas que possam limitar a mobilidade e participação da pessoa;</li> <li>• Avalia risco de queda, equilíbrio e força muscular;</li> <li>• Assessoria, ensino e treino dos produtos de apoio adequados;</li> <li>• Desenvolve estratégias, em conjunto com a pessoa e família, para facilitar a mobilidade, maximizar a autonomia e melhorar a qualidade de vida;</li> <li>• Planeia o regresso ao domicílio, identificando as necessidades, com a participação da pessoa e família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalia e identifica as limitações da mobilidade com impacto na autonomia e qualidade de vida;</li> <li>• Desenvolve competências para implementação de programas de reabilitação e treino de AVD;</li> <li>• Identifica as barreiras arquitetônicas que limitam a mobilidade e participação da pessoa;</li> <li>• Desenvolve conhecimentos acerca da legislação e normas técnicas que promovam a autonomia e participação da pessoa;</li> <li>• Avalia o risco de queda, o equilíbrio e força muscular, utilizando os instrumentos adequados;</li> <li>• Realiza a assessoria, ensino e treino nos produtos de apoio necessários</li> <li>• Realiza um planeamento adequando do regresso ao domicílio, em conjunto com a pessoa e família.</li> </ul>
<p align="center"><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de ensino clínico;</p> <p><b>Materiais:</b> Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos, protocolos, Instrumentos de avaliação funcional (MIF e MAF); Escalas de avaliação de força (<i>Medical Research Council</i>); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel, Escala de Guss.</p>	

**DOMINIO DE COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS**

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

**Objetivos Específicos:**

11 - Desenvolver programas de treino motor, cardíaco e respiratório, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa após AVC

UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de bibliografia com evidência científica sobre programas de treino motor, cardíaco e respiratório;</li> <li>• Desenvolve intervenções com base no conhecimento acerca das funções cardiorrespiratórias e motora;</li> <li>• Implementa programas de reabilitação que envolvam sessões de treino com vista à reabilitação e capacitação da pessoa;</li> <li>• Monitoriza e avalia os resultados atingidos com os programas de reabilitação implementados, recorrendo à aplicação de instrumentos e/ou escalas de avaliação adequados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimento com base na evidência científica mais recente acerca das funções cardíaca, respiratória e motora.</li> <li>• Implementa programas de reabilitação que trabalhem a função cardíaca, respiratória e motora;</li> <li>• Avalia os programas planeados e executados, monitorizando os resultados obtidos e os objetivos definidos pela pessoa.</li> </ul>
<p align="center"><b>Recursos</b></p>	<p><b>Humanos:</b> Docente Orientadora, Enfermeiro Supervisor, Equipa Multidisciplinar, Cliente, Família/Cuidador;</p> <p><b>Físicos:</b> Locais de ensino clínico;</p> <p><b>Materiais:</b> Regulamento de Competências Especificas do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, legislação, normas do serviço/instituição, Livros, artigos científicos, protocolos, Instrumentos de avaliação funcional (MIF e MAF); Escalas de avaliação de força (<i>Medical Research Council</i>); Escala de espasticidade (Asworth), Índice de Barthel, Escala de Guss.</p>	

## **Apêndice nº6– Cronograma geral**



## **Apêndice nº7– Cronograma de objetivos específicos**

	2022				2023		
	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
	1º Contexto			2º Contexto			
Desenvolver uma prática de acordo com os princípios ético-deontológicos da profissão							
Assegura o respeito pela pessoa em contexto individual e organizacional, inclusive em contextos de liderança e supervisão							
Desenvolver práticas clínicas e ações de formação, de qualidade, iniciando ou integrando programas de melhoria continua							
Otimizar o ambiente terapêutico garantindo a segurança das pessoas e dos profissionais							
Desenvolver competências de liderança permitindo uma adaptação e gestão das equipas e recursos garantindo a qualidade dos cuidados							
Desenvolver uma prática reflexiva de modo a melhorar a qualidade dos cuidados contribuindo para o autoconhecimento							
Planear cuidados baseados na evidência científica							
Desenvolver planos de intervenção que promovam a capacidade adaptativa com finalidade ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade							
Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC							
Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC							
Desenvolver programas de treino motor, cardíaco e respiratório, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa após AVC							

Férias Natal

Férias Carnaval

**Apêndice nº8– Diapositivos de suporte à apresentação  
intermédia do projeto**

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Contributos do EEER na função sensoriomotora para a melhoria da capacidade funcional da pessoa após AVC

Unidade Curricular Opção II: Área de especialização em enfermagem de reabilitação

Discente: Nuno Rodrigues nº4405  
Docente orientador: Profª Maria do Céu Sá



## INTRODUÇÃO

### Objetivos gerais

- Capacitar para o desenvolvimento do projeto de mestrado em Enfermagem de Reabilitação

### Objetivos específicos

- Descrever, analisar e problematizar a área de estudos sensoriomotora a desenvolver na UC de Estágio com relatório
- Conceptualiza o modo como pretendo desenvolver as competências do EEER definidas pela OE
- Conceptualizar o modo como pretendo desenvolver as competências previstas nos descritores de Dublin para o grau de mestre

# INTRODUÇÃO

Ao fim de um ano  
30% das pessoas que  
sofreram AVC  
acabam por morrer.  
Dos restantes, 40%  
ficam incapacitados

Rebelo, P. (2016)

Maior causa de morte e de  
incapacidade em Portugal

Fonseca, L. (2021)

4



# INTRODUÇÃO

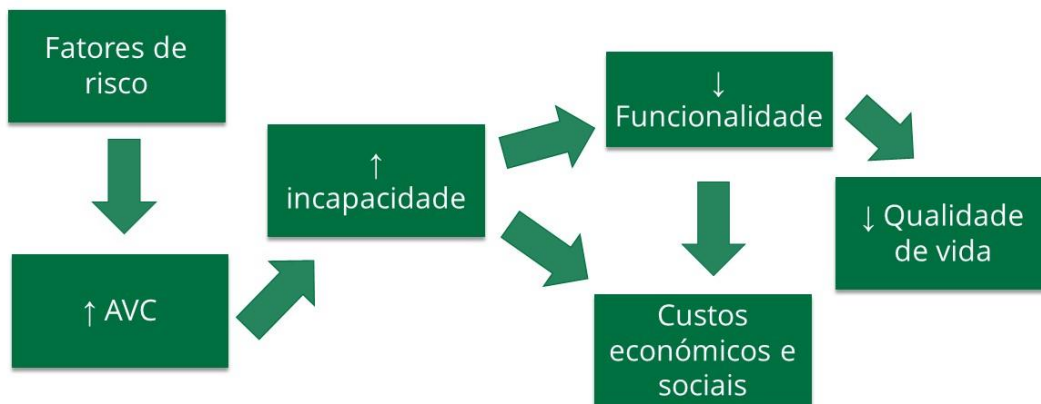
<b>43,1%</b> Hipertensão arterial	<b>62,1%</b> Pré-obesidade e obesidade	<b>25,4%</b> Tabagismo	<b>18,8%</b> Consumo ↑ de álcool
<b>8,9%</b> Diabetes <i>Mellitus</i>	<b>31,3%</b> Hipercolesterolemia	<b>71,3%</b> Dieta inadequada	<b>29,2%</b> ↓ Atividade Física

Bourbon, M., Alves, A. & Rato, Q. (2019)

5

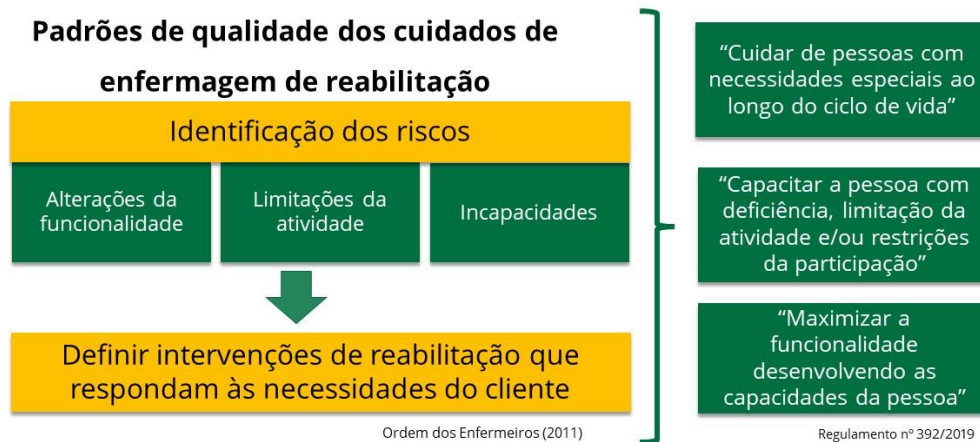


# INTRODUÇÃO



6

# INTRODUÇÃO



7

# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O AVC define-se como um défice neurológico, focal, de instalação súbita devido a uma alteração na circulação e na perfusão cerebral, originando uma isquemia que se prolonga por um período superior a 24h, e que pode causar uma lesão cerebral irreversível.

## AVC Isquémico



## AVC Hemorrágico



Hoeman, S. (2008)  
Kumar, V., Abbas, A. & Aster, J., (2013)  
Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., Green, C. (2007)

8



# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## Hemisfério Esquerdo

- Défices motores direitos
- Défices do campo visual direito
- Afasia
- Agrafia ou Alexia
- Comportamento lentificado e cauteloso
- Défices intelectuais
- Elevada preocupação e frustração pelas perdas



## Hemisfério Direito

- Défices motores esquerdos
- Défices do campo visual esquerdo
- Défices na perceção espacial
- Anosognosia e défice de capacidade crítica
- Impulsividade e desconcentração
- Descoordenação
- Comportamento despreocupado com as perdas

Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., Green, C. (2007)

9



# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## Artéria Cerebral média Artéria Carótida interna

- Diminuição da força no lado contralateral
- Alteração na proprioção e no tato do lado contralateral
- *Neglect* do lado contralateral
- Afasia (caso a lesão seja no hemisfério dominante)
- Hemianopsia homónima do lado contralateral



## Artérias vertebrobasilares

- Ataxia
- Défices da força
- Disfagia
- Disartria
- Inepsia
- Vertigens
- Hipostesias
- Parestesias faciais  
muscular e parestesias faciais

Monahan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., Green, C. (2007)

10



# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A "hemiparésia ou a hemiplégia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual"

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012, p.73)

**70-80%**

Pessoas com alterações motoras

**Área emergente para investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação**

Ordem dos Enfermeiros (2015)

11



# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1 MÊS APÓS A LESÃO

<b>85%</b> Pessoas com ↓ da velocidade da marcha	<b>37%</b> Dependência parcial nas AVD
<b>68%</b> Movimentos mais lentos	<b>29%</b> Dependência total nas AVD

## 1 ANO APÓS A LESÃO

<b>73%</b> Pessoas que mantém ↓ da velocidade da marcha
<b>51%</b> Dependência total nas AVD

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012)

12

# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



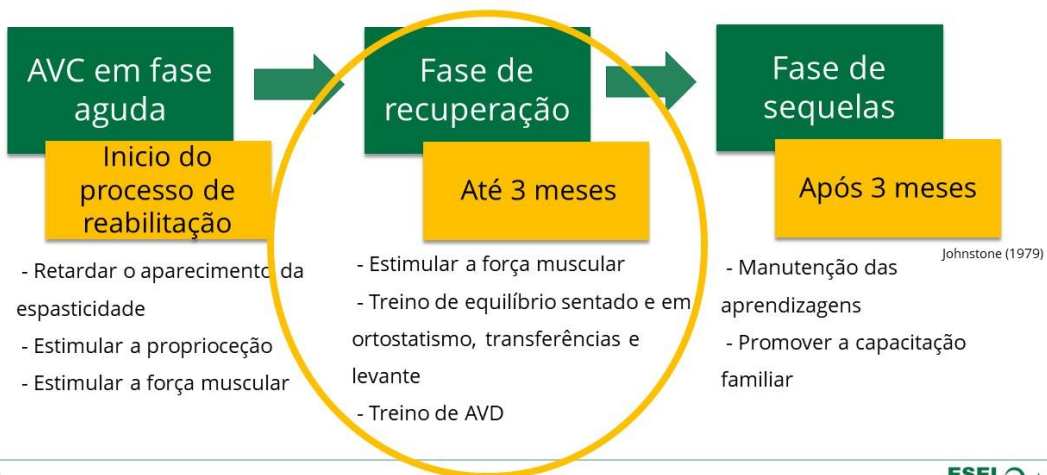
13

# INTERVENÇÃO DO EEER



14

# INTERVENÇÃO DO EEER



15

# QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

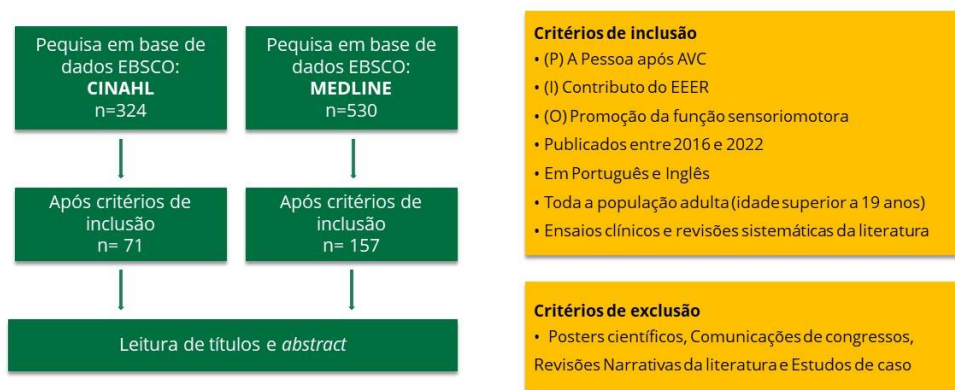
Qual o contributo do EEER na promoção da função sensoriomotora na melhoria da capacidade funcional da pessoa após AVC?

<b>P</b>	A Pessoa após AVC
<b>I</b>	Contributo do EEER
<b>C</b>	-----
<b>O</b>	Promoção da capacidade funcional

16



# QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO



17



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bourbon, M., Alves, A., Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: [https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e\\_COR\\_relatorio.pdf](https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf)
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Disponível em: <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-causa-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Hoeman, S.. (2008). Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados. (4). Loures: Lusodidacta
- Johnstone, M. (1979). Restauração da função motora no paciente hemiplégico. Editora Malone.
- Kumar, V., Abbas, A., Aster, J..(2013). *Robbins patologia básica*. (9). Rio de Janeiro: Elsevier
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C.. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente. Loures: Lusociência
- Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., Green, C. (2007). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica. Perspetivas de saúde e doença*. Loures: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In: Diário da República, 2.ª série, nº 85 de 3 de maio de 2019.

18



# FONTES DAS IMAGENS

Imagem do slide nº8 retirada de: <https://pt.depositphotos.com/vector-images/isquemia.html>

Imagens dos slides nº10 e 11 retiradas de: <https://br.pinterest.com/pin/441000988513542377/>

19



13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Contributos do EEER na função sensoriomotora para a melhoria da capacidade funcional da pessoa após AVC

Unidade Curricular Opção II: Área de especialização em  
enfermagem de reabilitação

**Discente:** Nuno Rodrigues nº4405  
**Docente orientador:** Profª Maria do Céu Sá



**Apêndice nº9– Diapositivos de suporte à apresentação final do projeto**

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## **Intervenção do EEER na promoção da capacidade funcional da pessoa pós AVC**

**Unidade Curricular Opção II: Área de especialização em  
enfermagem de reabilitação**

**Discente:** Nuno Rodrigues nº4405

**Docente orientador:** Profª Maria do Céu Sá



# **Índice**

**Introdução**

**Enquadramento Conceptual**

**Questão de investigação**

**Intervenções do EEER**

**Referencial teórico**

**Ensino clínico**

**Cronograma**

# INTRODUÇÃO

## Objetivos gerais da UC

- Capacitar para o desenvolvimento do projeto de mestrado em Enfermagem de Reabilitação;

## Objetivos específicos da UC

- Descrever, analisar e problematizar a área de estudos sensoriomotora a desenvolver na UC de Estágio com relatório;

- Conceptualiza o modo como pretendo desenvolver as competências do EEER definidas pela OE;

- Conceptualizar o modo como pretendo desenvolver as competências previstas nos descritores de Dublin para o grau de mestre

1

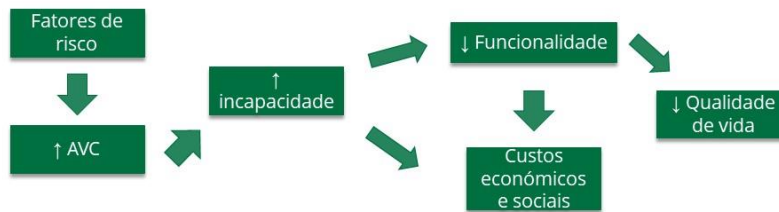
# INTRODUÇÃO

Ao fim de um ano 30% das pessoas que sofreram AVC acabam por morrer. Dos restantes, 40% ficam incapacitados

Rebello (2016)

Maior causa de morte e de incapacidade em Portugal

Fonseca (2021)



2

# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O AVC define-se como um défice neurológico, focal, de instalação súbita devido a uma alteração na circulação e na perfusão cerebral, originando uma isquemia que se prolonga por um período superior a 24h, e que pode causar uma lesão cerebral irreversível.

Hoeman (2008)  
Kumar, Abbas & Aster (2013)  
Monahan et al. (2007)



3



# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A “hemiparésia ou a hemiplégia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual”

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012, p.73)

**70-80%**

Pessoas com alterações motoras

**Área emergente para investigação para a especialidade de enfermagem de reabilitação**

Ordem dos Enfermeiros (2015)

4



# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1 MÊS APÓS A LESÃO

**85%**  
Pessoas com ↓ da  
velocidade da  
marcha

**68%**  
Movimentos mais  
lentos

**37%**  
Dependência parcial  
nas AVD

**29%**  
Dependência total  
nas AVD

## 1 ANO APÓS A LESÃO

**73%**  
Pessoas que mantêm  
↓ da velocidade da  
marcha

**51%**  
Dependência total  
nas AVD

Menoita, Sousa, Alvo & Vieira (2012)

5

# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



6

# QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da capacidade funcional da pessoa pós AVC?

<b>P</b>	A Pessoa após AVC
<b>I</b>	Intervenção do EEER
<b>C</b>	-----
<b>O</b>	Promoção da capacidade funcional

7



## INTERVENÇÃO DO EEER



Johnstone (1979)

- Retardar o aparecimento da espasticidade
- Estimular a proprioceção
- Estimular a força muscular
- Assessoria para produtos de apoio

- Estimular a força muscular
- Treino de equilíbrio sentado e em ortostatismo, transferências e levante
- Treino de AVD, deglutição e eliminação; Treino de produtos de apoio

- Manutenção das aprendizagens
- Promover a capacitação familiar
- Assessoria na adaptação do domicílio

8



# Referencial teórico

## Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais

Para Virginia Henderson a função do enfermeiro é:

“ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível.”

Henderson (2004, p.3)

## NHF

1. Respirar normalmente;
2. Comer e beber adequadamente;
3. Eliminar por todas as vias de eliminação;
4. Deslocar-se e manter uma postura desejável (andar, sentar-se, deitar-se e mudar de posição);
5. Dormir e descansar;
6. Selecionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se;
7. Manter a temperatura do corpo num nível normal, adequando a roupa e modificando o ambiente;
8. Manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos;
9. Evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros;
10. Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos, etc.;
11. Praticar de acordo com a sua fé;
12. Trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização;
13. Divertir-se ou participar em várias formas de recreação;
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” e à saúde

Henderson (2004, p. 15)

# Ensino Clínico

## Objetivos gerais

- Desenvolver competências ao nível da intervenção do EEER nas áreas sensorial e motora da pessoa após AVC;
- Desenvolver competências na promoção do processo de reabilitação da pessoa com AVC nas dimensões física, cognitiva, psicológica e social;
- Desenvolver competências comuns ao nível EE na área do planeamento, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem

## Objetivos específicos

- 1 - Desenvolver planos de intervenção que promovam a capacidade adaptativa com finalidade ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;
- 2 - Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC;
- 3 - Desenvolver programas de reabilitação, com vista à adaptação às limitações e otimização da autonomia, independência e qualidade de vida, da pessoa após AVC;
- 4 - Desenvolver programas de treino motor, cardíaco e respiratório, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa após AVC;

# Ensino Clínico

## Planeamento de atividades

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

### Objetivos Específicos:

- 1 - Desenvolver planos de intervenção que promovam a capacidade adaptativa com finalidade ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade;
- 2 - Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC;

**J1.1.** Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

**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.

**J1.4.** Avalia os resultados das intervenções implementadas.

- Realização de colheita de dados (avaliação inicial);
- Realização do exame neurológico;
- Identificação dos recursos familiares e comunitários
- Avaliação das alterações da funcionalidade, da força muscular, da espasticidade, do equilíbrio, da alimentação, eliminação e sexualidade;
- Utilização de escalas para avaliação da(s) diferente(s) função(ões) afetada(s);
- Identificação das necessidades de intervenção da pessoa, de acordo com as prioridades de intervenção e as suas preferências, para otimizar e/ou reeducar a(s) função(ões) afetada(s);
- Realização de diagnósticos de enfermagem de acordo com o padrão documental dos cuidados EEEER;
- Definição das intervenções a implementar, em conjunto com a pessoa, de modo a potenciar as suas capacidades e satisfazer as suas NHF's;
- Desenvolvimento de intervenções, com o objetivo de prevenir complicações, otimizar e/ou reeducar a(s) função(ões) afetada(s), implementado programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da deglutição, da eliminação e da sexualidade;
- Assessoria, ensino e treino de produtos de apoio;
- Incluir a pessoa/família/cuidador informal no desenvolvimento dos programas de reabilitação;
- Avaliação dos resultados dos programas de reabilitação implementados;
- Planeamento precoce da alta com envolvimento da família na identificação de necessidades no regresso a casa.

11

# Ensino Clínico

## Planeamento de atividades

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

### Objetivos Específicos:

- 2 - Desenvolver e implementar intervenções com objetivo de maximizar e/ou reeducar a questões da mobilidade e transferências, deglutição, eliminação e sexualidade, na pessoa após AVC;
- 3 - Desenvolver programas de reabilitação, com vista à adaptação às limitações e otimização da autonomia, independência e qualidade de vida, da pessoa após AVC;

**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.

**J2.2.** Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

- Identificar as limitações da mobilidade e maximizar a autonomia e a qualidade de vida;
- Desenvolver programas de reabilitação e treino de AVD;
- Identificar as limitações e restrições da acessibilidade e da participação social;
- Identificar as barreiras arquitetónicas que possam limitar a mobilidade e participação da pessoa;
- Avaliar risco de queda, equilíbrio e força muscular;
- Assessoria, ensino e treino dos produtos de apoio adequados;
- Desenvolver estratégias, em conjunto com a pessoa e família, para facilitar a mobilidade, maximizar a autonomia e melhorar a qualidade de vida;
- Planear o regresso ao domicílio, identificando as necessidades, com a participação da pessoa e família

12

# Ensino Clínico

## Planeamento de atividades

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

### Objetivos Específicos:

4 - Desenvolver programas de treino motor, cardíaco e respiratório, maximizando a funcionalidade e as capacidades da pessoa após AVC;

**J3.1.** Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.

**J3.2.** Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

- Consulta de bibliografia com evidência científica sobre programas de treino motor, cardíaco e respiratório;
- Desenvolvimento de intervenções com base no conhecimento acerca das funções cardiorrespiratórias e motora;
- Implementação de programas de reabilitação que envolvam sessões de treino com vista à reabilitação e capacitação da pessoa;
- Monitorização e avaliação dos resultados atingidos com os programas de reabilitação implementados, recorrendo à aplicação de instrumentos e/ou escalas de avaliação adequados

13



# Cronograma

	2022										2023		
	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR
Intenção inicial de projeto de estágio	30												
Apresentação intermédia do projeto			10										
Apresentação final do projeto				28									
Elaboração do projeto de estágio													
Entrega do projeto de estágio					25								
Ensino clínico: 1º contexto									25				
Ensino clínico: 2º contexto											10		
Elaboração do relatório de estágio													
Entrega do relatório de estágio													8

14



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Disponível em: <https://www.spmi.pt/o-avc-e-a-principal-cao-de-morte-e-incapacidade-em-portugal/>
- Henderson, V. (2004). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Lusodidacta.
- Hoeman, S.. (2008). Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados. (4). Loures: Lusodidacta
- Kumar, V., Abbas, A., Aster, J.. (2013). *Robbins patologia básica*. (9). Rio de Janeiro: Elsevier
- Johnstone, M. (1979). Restauração da função motora no paciente hemiplégico. Editora Malone.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C.. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente. Loures: Lusociência
- Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., Green, C. (2007). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica. Perspetivas de saúde e doença*. Loures: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Areas\\_Investigacao\\_Prioritarias\\_para\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf)
- Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In: Diário da República, 2.ª série, nº 85 de 3 de maio de 2019.

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Intervenção do EEER na promoção da capacidade funcional da pessoa pós AVC

Unidade Curricular Opção II: Área de especialização em  
enfermagem de reabilitação

**Discente:** Nuno Rodrigues nº4405  
**Docente orientador:** Profª Maria do Céu Sá

## **Apêndice nº 2 – Jornal de aprendizagem I**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem I**

**Nuno Miguel Carreira Rodrigues**



**Lisboa**

**outubro 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem I**

**Nuno Miguel Carreira Rodrigues**

---

Professora Orientadora:  
Orientador Clínico:

---

**Lisboa**  
**outubro 2022**

# ÍNDICE

Introdução .....	4
Descrição .....	4
Sentimentos .....	5
Avaliação .....	6
Análise .....	6
Conclusão .....	8
Plano de ação .....	9

## **INTRODUÇÃO**

Este jornal de aprendizagem, surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, em que é esperado a realização por parte do estudante, de uma prática reflexiva sobre a ação, de modo a desenvolver a uma prática profissional e ética no seu campo intervenção, bem como promover o autoconhecimento e capacidade crítica sobre a sua intervenção, indo ao encontro das competências gerais do Enfermeiro Especialista (EE) 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 D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. A reflexão presente neste documento não incide sobre um acontecimento experienciado em contexto clínico, mas sim acerca do pressuposto relativo à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente “A reabilitação pós AVC requer uma abordagem interdisciplinar e holística, na gestão, tratamento e reabilitação das sequelas, sendo a pessoa e família elementos vitais da equipa” (Sall et al., 2019, p.922), e ao qual tentei explorar com o desenvolvimento do meu projeto de estágio.

Para conduzir esta reflexão será utilizado o ciclo de Gibbs como metodologia reflexiva.

## **DESCRIÇÃO**

A situação sobre a qual irei refletir ocorreu durante uma reunião online com a Professora Orientadora e a Orientadora Clínica. Nesta reunião foram abordados vários assuntos, nomeadamente sobre o contraste entre as minhas expectativas e a realidade do serviço, da qual emergiu a importância da complementaridade da intervenção de enfermagem de reabilitação nas várias dimensões da pessoa, de modo a abordar de uma forma mais abrangente as necessidades da mesma.

Inicialmente apresentei à orientadora clínica, as minhas expectativas quanto àquilo que esperava trabalhar neste contexto de estágio, nomeadamente na melhoria da capacidade funcional, através da intervenção nas áreas motora e sensitiva,

cognitiva, deglutição e eliminação. No entanto as mesmas foram desde logo reajustadas através do diálogo com a mesma, uma vez que a tipologia de doentes presentes no serviço se encontram numa fase aguda do seu processo de doença, após evento cerebrovascular, devendo ser adaptada a intervenção de modo a trabalhar as áreas acima descritas, de acordo com as necessidades específicas de cuidados destas pessoas e ter em conta facto de o estado neurológico e os défices da pessoa ainda não se encontrarem estabilizados, sendo de extrema importância uma abordagem gradual de modo a agravar o estado da pessoa em resultado da nossa intervenção.

Durante a reunião referi este aspeto, pelo que a professora orientadora me recordou de um pressuposto que referi no meu projeto, em que as intervenções de reabilitação devem ser realizadas em complementaridade, de modo a abordar as necessidades da pessoa de uma forma mais abrangente, indo ao encontro da abordagem holística referida por (Sall et al., 2019)

## **SENTIMENTOS**

Após a reunião que descrevi fiquei a refletir sobre a frase que anteriormente escrevi e ao impacto da questão na prestação de cuidados uma vez que, quando intervenho na prática de cuidados, apesar de privilegiar todas as dimensões da pessoa, física, psicológica, social e espiritual, tentando integrá-las sempre que possível no processo de reabilitação e de tentar prestar cuidados de reabilitação de uma forma abrangente e integrativa abordando as áreas de maior necessidade da pessoa tentando não me limitar a uma das áreas em particular.

Por outro lado, facto de o meu projeto de estágio, intitulado “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Promoção da Capacidade Funcional da Pessoa pós Acidente Vascular Cerebral”, se centrar numa abordagem abrangente da reabilitação da pessoa após sofrer um acidente vascular cerebral (AVC), trabalhando as áreas motora, sensitiva, cognitiva, deglutição e eliminação com vista a melhorar a sua capacidade funcional fez com que me sentisse ansioso pela possibilidade de não conseguir desenvolver o projeto neste contexto de estágio dadas as limitações já enunciadas. Além disso o facto de ter criado expectativas

sobre o que iria poder trabalhar e as competências que pretendia adquirir, nas áreas acima descritas, fez com que quando a orientadora clínica me consciencializou que não seria possível trabalhar todas essas áreas, me sentisse receoso pela possibilidade de ficar com défices de competências nas áreas que não desenvolvesse.

## **AVALIAÇÃO**

No que concerne aos aspetos positivos que identifiquei nesta situação destaco o facto de ter ficado a refletir sobre a importância da intervenção multidimensional e do facto de ter ajustado as minhas expectativas logo no início do ensino clínico.

Em relação aos aspetos negativos considero que apenas ter oportunidade de trabalhar algumas áreas de intervenção da enfermagem de reabilitação se destaca de forma negativa uma vez que quanto maior o contacto com situações específicas e abrangentes de clientes que me permitam identificar necessidades, planear intervenções, intervir e avaliar resultados, maior será o desenvolvimento de competências técnicas enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). No entanto, este confronto com a realidade permitiu-me conciliar as minhas expectativas com as possibilidades de aprendizagem presentes neste contexto, diminuindo assim a ansiedade existente devido ao receio das limitações impostas influenciarem o atingimento dos objetivos propostos no projeto, traçados de acordo com o perfil de competências do EEER.

O facto de a professora me ter recordado deste pressuposto, enquanto estávamos a falar sobre a prática desenvolvida até ao momento neste estágio, fez-me também refletir, trazendo-me a este jornal de aprendizagem, sobre real importância da complementaridade de intervenções nos cuidados de enfermagem de reabilitação, constituindo-se como um aspeto positivo desta situação.

## **ANÁLISE**

De acordo com a investigação de Pather e Dorasamy (Nogueira et al., 2020) a diferença entre a expectativas e a experiência vivida em contexto clínico, bem como a intensidade da mesma, pode afetar negativamente o desempenho académico do estudante. Segundo Gomes & Soares as “expectativas são as predições que a pessoa faz em relação ao seu desempenho em um determinado contexto social para atender não só as suas necessidades como as do outro” (2013, p. 781) e permitem à pessoa selecionar ações de várias habilidades que a mesma tem de modo a corresponder positivamente às necessidades pessoais e sociais. No entanto de acordo com (Gomes & Soares, 2013), é possível que as expectativas do estudante não estejam alinhadas, com as necessidades efetivas do contexto, tornando-se isso num fator de distress para o estudante. Assim de modo a conciliar a minha intervenção, dentro do papel de estudante de especialidade, no contexto de aprendizagem no qual estou integrado, foi necessário o ajuste das expectativas, não só às necessidades de aprendizagem, mas também às necessidades das pessoas que lá se encontram.

Pela ansiedade gerada pelo facto de sentir que não seria possível aplicar o projeto desenvolvido no contexto de ensino clínico levou-me a questionar: será que a capacidade funcional se limita apenas à capacidade física? A resposta é nos dada por Da Campo et al. (2021) que define a capacidade funcional não só como as competências físicas, mas também as cognitivas e mentais, essenciais à manutenção da vida. Desta forma, tendo em consideração estas ideias e comparando com a realidade do contexto de ensino clínico, consigo perceber que existem um conjunto de oportunidades de aprendizagem, prontas a serem exploradas, no que toca ao domínio da reabilitação cognitiva e da comunicação, sendo áreas que com uma intervenção precoce, na fase hiper aguda do AVC, apresentam melhorias drásticas numa questão de poucos dias, à medida que o quadro clínico é estabilizado, mas também estimulando a neuro plasticidade das áreas circundantes à lesão. Desta forma “os programas de reeducação funcional motora devem integrar a dimensão psicológica, cognitiva e física, a dependência e desenvolvimento de AVD” (Godinho de Matos & Gonçalves Simões, 2020, p.18) pois

para o treino motor “existem fatores que influenciam a segurança, nomeadamente o equilíbrio. Assim, a área cognitiva e a função executiva, mais especificamente, o raciocínio abstrato, o planeamento, a tomada de decisão, a inibição, a preservação e a impulsividade são afetadas e a recuperação a nível do equilíbrio é fortemente influenciada, existindo assim uma relação entre a cognição e o equilíbrio” (Godinho de Matos & Gonçalves Simões, 2020, p.15). De acordo com Fonseca “a reabilitação tem um papel preponderante a vários níveis: na recuperação funcional, cognitiva e psicossocial; na integração social; na melhoria da qualidade de vida; na manutenção da atividade profissional e no grau de dependência” (Fonseca, 2021, n.p). Este processo de acordo com a Swedish national guidelines for stroke care 2017, reabilitação após AVC deve ser efetuada por uma equipa multidisciplinar (Gustavsson et al., 2020), atingindo a abordagem holística referida por Sall et al. (2019).

Em relação necessidade reflexiva sentida sobre estas questões, revelou-se fundamental no desenvolvimento da minha perceção sobre a ação, bem como no desenvolvimento das competências anteriormente referidas, uma vez que a prática reflexiva "assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131), sendo considerada "uma habilidade indispensável no contexto clínico dos estudantes de enfermagem, pois permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131-132).

## **CONCLUSÃO**

A par da reflexão acerca do pressuposto da complementaridade de intervenções, considero que teria sido importante, neste contexto de estágio, apesar das suas características específicas, ir ao encontro da abordagem proposta Sall et al. (2019) e integrar a família de uma forma efetiva no processo de reabilitação, pois a “pessoa e a família emergem como o objeto/alvo de intervenção do EEER, para a otimização dos processos de transição/adaptação à condição de saúde e aos desafios gerados pela alteração da funcionalidade, (...) cuja finalidade é a minimização da limitação

na participação e na integração social, e a otimização da qualidade de vida.” (Padilha et al., 2021, p.84). Pois apesar da intervenção do EEER ser vista como fulcral na reabilitação das funções e estruturas corporais, bem como na reaprendizagem das atividades, como o autocuidado, que permitam uma integração e participação com a maior capacidade possível (Padilha et al., 2021), “identifica-se, claramente, uma componente da ação que transcende os processos de recuperação centrados nos compromissos dos processos e estruturas corporais” (Padilha et al., 2021, p.84) desta forma a abordagem em complementaridade, com a integração família seria de extrema importância no processo de reabilitação da pessoa.

## **PLANO DE AÇÃO**

Em termos futuros, no meu papel de estudante, no qual já não me encontrava há algum tempo, considero importante ajustar as minhas expectativas e emoções, não só aos objetivos delineados, mas também às oportunidades de aprendizagem, relacionadas com as características específicas do contexto de estágio. Segundo Damásio (2003) os sentimentos são emoções tornadas conscientes assim, sendo este um trabalho de desenvolvimento pessoal contínuo que terei de realizar, procurando serenar a divergência entre expectativa e realidade, de modo a desenvolver as minhas competências profissionais, agora no âmbito de futuro especialista, implica refletir não só sobre as minhas práticas em contexto clínico mas também sobre o impacto que as minhas ações têm no ambiente circundante, na pessoa alvo dos cuidados de enfermagem e em mim próprio, cuidador, de modo a trazer ao consciente emoções experienciadas.

No próximo contexto de estágio tentarei ainda refletir, debruçar-me e intervir, de forma mais atenta no papel de família no processo de reabilitação da pessoa, e no impacto que a mesma pode trazer, potenciando desta forma o processo de reabilitação.

## BIBLIOGRAFIA

- Alashram, A. R., Annino, G., Aldajah, S., Raju, M., & Padua, E. (2022). Rehabilitation of limb apraxia in patients following stroke: A systematic review. *Applied Neuropsychology:Adult*, 29(6), 1658–1668.  
<https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1900188>
- Aquino, A., Sousa, V., & Filho, J. (2021). Efeitos da Terapia do Espelho na Reabilitação de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC): Revisão Sistemática. *Revista Saúde Em Foco*, 8(1), 3–17.
- Araujo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas* (pp. 164–233). Lidel.
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428.  
<https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Boulanger, J. M., Lindsay, M. P., Gubitz, G., Smith, E. E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M. K. S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949–984. <https://doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de*

- Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida.* (pp. 465–474). Lusodidacta.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto- da teoria à prática.* Papa-linguas.
- Brás, V., Boaventura, I. S., Jorge, B. I., Marta, R. I., Ana, S. I., Miguéns, C., Horta, I. L., & Soares, I. P. (2019). Osteoporose e Quedas : Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 31(2), 15–23.
- Brashear, A., & Elovic, E. (2011). *Spasticity: Diagnosis and Management.* Demos medical.
- Buxbaum, L. J., Ferraro, M. K., Veramonti, T., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., Frassinetti, F., & Coslett, H. B. (2004). Hemispatial neglect: Subtypes, neuroanatomy, and disability. *Neurology*, 62(5), 749–756.  
<https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000113730.73031.F4>
- Caldas, A. (2007). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano.* Roca.
- Campos, A., & Rezende de Oliveira, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 1(115), 13–45.  
<https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>
- Cardoso, F. B., Sc, M., Beresford, H., & Sc, D. (2010). *Avaliação da eficácia do exercício aeróbico na reabilitação de pacientes com marcha hemiparética.* 11(71), 259–264.
- Carey, L. M. (2017). Review on somatosensory loss after stroke. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 29(1–4), 1–46.  
<https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v29.i1-4.10>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.* Lusodidacta.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing*

- Studies*, 87(March), 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
- Chiado, A. P. A., Ferreira, M. S. M., Ribeiro, O. M. P. L., Gomes, B. P., & Martins, M. M. F. (2022). Impacto De Um Programa De Reabilitação Na Gestão Urinária Do Doente Acometido Por Acidente Vascular Cerebral. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0656pt>
- Conterno, M., Kümmerer, D., Dressing, A., Glauche, V., Urbach, H., Weiller, C., & Rijntjes, M. (2022). Speech apraxia and oral apraxia: association or dissociation? A multivariate lesion–symptom mapping study in acute stroke patients. *Experimental Brain Research*, 240(1), 39–51. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06224-3>
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.
- Costa, V., Seixas, M., & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas*. Lidel.
- Curtis, E., & O’Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32–35. <https://doi.org/10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672>
- D’Netto, P., Rumbach, A., Dunn, K., & Finch, E. (2023). Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia*, 38(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10443-3>
- Da Campo, L., Hauck, M., Marcolino, M. A. Z., Pinheiro, D., Plentz, R. D. M., & Cechetti, F. (2021). Effects of aerobic exercise using cycle ergometry on balance and functional capacity in post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Disability and Rehabilitation*, 43(11), 1558–1564. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1670272>
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Europa-América.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Em Enfermagem*, 21(1), 20–30.
- Direção Geral de Saude. (2010). *Acidente Vascular Cerebral- Itinerários Clínicos*. Lidel.

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*.
- Dos Santos, J. C. C., Giorgetti, M. J. D. S., Torello, E. M., Meneghetti, C. H. Z., & Ordenes, I. E. U. (2010). The influence of Kinesio Taping in the treatment of shoulder's subluxation at stroke. *Revista Neurociencias*, *18*(3), 335–340. <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8471>
- Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health and Illness*, *41*(2), 325–342. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12825>
- Ellis, F., Kennedy, N. C., Hancock, N. J., & Pomeroy, V. M. (2021). Neurophysiological changes accompanying reduction in upper limb motor impairments in response to exercise-based virtual rehabilitation after stroke: systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, *113*, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.05.009>
- Eraifej, J., Clark, W., France, B., Desando, S., & Moore, D. (2017). Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *6*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0435-5>
- Ferry, B., Compagnat, M., Yonneau, J., Bensoussan, L., Moucheboeuf, G., Muller, F., Laborde, B., Jossart, A., David, R., Magne, J., Marais, L., & Daviet, J. C. (2022). Awakening the control of the ankle dorsiflexors in the post-stroke hemiplegic subject to improve walking activity and social participation: the WAKE (Walking Ankle isoKinetic Exercise) randomised, controlled trial. *Trials*, *23*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06545-w>
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Gianni, M. (2007). A Espaticidade. In *Tratado de Medicina de Reabilitação*. Roca.
- Godinho de Matos, M. de F., & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão

- sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Gomes, G., & Soares, A. B. (2013). Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 780–789. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400019>
- Grade, L. (2018). *Cérebro em movimento: intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC isquémico*. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Gustavsson, M., Ytterberg, C., & Guidetti, S. (2020). Exploring future possibilities of using information and communication technology in multidisciplinary rehabilitation after stroke—a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 223–230. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1666918>
- Hasan, S. M. M., Rancourt, S. N., Austin, M. W., & Ploughman, M. (2016). Defining Optimal Aerobic Exercise Parameters to Affect Complex Motor and Cognitive Outcomes after Stroke: A Systematic Review and Synthesis. *Neural Plasticity*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2961573>
- Hay-smith, E., Thompson, S., Weatherall, M., & Ranta, A. (2022). Documented incontinence after stroke: a secondary analysis of a cohort study. Reducing Ethnic and Geographic Inequities to Optimise New Zealand Stroke Care (Regions Care). *New Zealand Medical Journal*, 135(1567).
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de reabilitação. prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4th ed.). Lusodidacta.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. Editora Malone.
- Konecny, P., Elfmark, M., & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 73–75. <https://doi.org/10.2340/16501977-0645>
- Kott, F; Lehmann, J. (1994). *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th

- ed.). Manole.
- Kumar, V., Abbas, A., & Aster, J. (2013). *Robbins patologia básica* (9th ed.). Elsevier.
- Le Danseur, M. (2020). Stroke Rehabilitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(1), 97–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.11.004>
- Lo, K., Stephenson, M., & Lockwood, C. (2017). Effectiveness of robotic assisted rehabilitation for mobility and functional ability in adult stroke patients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(12), 3049–3091. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003456>
- Machado, W., Pinto, E., Cruz, V., Figueiredo, N., Pinheiro, A., Xavier, A., Araujo, S., & Porto, I. (2016). *Cuidando de pessoa com paraparesia espástica: intervenções da enfermagem de reabilitação para atividades cotidianas*. 2020, 1–23.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente*. Lusociência.
- Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, Diário da República, 1.ª série 5670 (2006).
- Portaria n.º 301/2019, Diário da República 128 (2019).
- Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica. Perspetivas de saúde e doença*. Lusociência.
- Monteiro, A. (2011). Qualidade de Vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *ESTSP - Escola Superior de Tecnologias Da Saúde Do Porto, Instituto Politécnico Do Porto, C.*
- Monteiro, G., Moraes, J., Gomes, B., de França, I., & de Oliveira, R. (2016). Aplicação do modelo calgary de avaliação familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrative. *Aquichan*, 16(4), 487–500. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020a). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part

- Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020b). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Myung, J. H., & Pyun, S. B. (2023). Effect of Oral Apraxia on Dysphagia in Patients with Subacute Stroke. *Dysphagia*, 38(1), 227–235. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10458-w>
- Nandmer, V. K., & Nandmer, A. K. (2022). Gastrointestinal Complications and its Association with Common Risk Factors of Cerebrovascular Accident: A Retrospective Observational Study from Central India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 16(5). <https://doi.org/10.7860/jcdr/2022/56237.16359>
- Nascimento, L. C. G. do, Patrizzi, L. J., & Oliveira, C. C. E. S. (2012). Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. *Fisioterapia Em Movimento*, 25(2), 325–331. <https://doi.org/10.1590/s0103-51502012000200010>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2023). *Stroke statistics*.
- Nogueira, C. C. de C., Soares, A. B., Monteiro, M., & Medeiros, H. C. P. (2020). Habilidades Sociais e Expectativas Acadêmicas em Estudantes de Enfermagem. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(1), 99–118. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50792>
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*.
- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). *Global Health Estimates: Life expectancy and*

*leading causes of death and disability.*

- Padilha, J., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B. (2021). Perspectives on training processes in rehabilitation nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83–89.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Park, Y. J., & Lee, J. M. (2020). Effect of Acupuncture Intervention and Manipulation Types on Poststroke Dysarthria: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020.  
<https://doi.org/10.1155/2020/4981945>
- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2015). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(11), 121–132.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Llano, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. In *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45–56). Formasau.
- PORDATA. (2022a). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*.
- PORDATA. (2022b). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*.
- Predebon, M. L., Pizzol, F. L. F. D., Santos, N. O. dos, Bierhals, C. C. B. K., Rosset, I., & Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigacion y Educacion En*

- Enfermeria*, 39(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>
- Decreto-Lei n.º 95/2019 de 18 de julho, 136 Diário da República 35 (2019).
- Pugliese, M., Ramsay, T., Johnson, D., & Dowlatsahi, D. (2018). Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences. *PLoS ONE*, 13(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191566>
- Rebelo, P. (2016). Guia prático para a população. *Sociedade Portuguesa de AVC*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. In *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República* n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03 (pp. 13565–13568).
- Ribeiro, M., Santos, S., & Meira, T. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Revista de Enfermagem Da Escola Anna Nery*, 10(1), 109–115.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação*. Lidel.
- Rocha, I. de J., Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 5–17.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Sall, J., Eapen, B. C., Elizabeth, J., Bowles, A. O., Bursaw, A., & Rodgers, M. E. (2019). The management of stroke rehabilitation: A synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 171(12), 916–924.  
<https://doi.org/10.7326/M19-1695>
- Santos, J. (2022a). Disfunção vesico-esfincteriana: estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação. *Slides de Aulas ER III*.
- Santos, J. (2022b). Intervenção da enfermagem de reabilitação nas pessoas com problemas de eliminação intestinal. *Slides de Aulas ER III*.
- Silva, I., Silva, C., Vilela, A., Bastos, L., & Henriques, M. (2016). Viver e Cuidar Após o

- Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(8), 103–111.
- Vieira, A. (2015). Reabilitação do membro superior em utentes pós-AVC co menos de 6 meses de evolução: uma pesquisa realizada entre fisioterapeutas de instituições portuguesas. *Revista Sinapse*, 2, 5–12.
- Yamazaki, K., Hirata, K., Mimuro, I., & Kaitoh, Y. (2001). A case of dressing apraxia: Contributory factor to dressing apraxia [5]. *Journal of Neurology*, 248(3), 235–236. <https://doi.org/10.1007/s004150170234>
- Yates, M., Kelemen, A., & Sik Lanyi, C. (2016). Virtual reality gaming in the rehabilitation of the upper extremities post-stroke. *Brain Injury*, 30(7), 855–863. <https://doi.org/10.3109/02699052.2016.1144146>
- Yorkstone, K., & Beukelman, D. (1994). Distúrbios da fala e da linguagem. In *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.
- Zavarize, S., & Martelli, A. (2014). Mecanismo neurofisiológicos da aplicação da bandagem funcional no estímulo somatossensorial. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2(2), 39–49.
- Zhao, L. J., Jiang, L. H., Zhang, H., Li, Y., Sun, P., Liu, Y., & Qi, R. (2022). Effects of Motor Imagery Training for Lower Limb Dysfunction in Patients with Stroke A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Publish Ah(20194), 409–418. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002107>

## **Apêndice nº 3 – Jornal de aprendizagem II**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem II**

**Nuno Miguel Carreira Rodrigues**

**Lisboa**

**janeiro 2023**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Jornal de Aprendizagem II**

**Nuno Miguel Carreira Rodrigues**



Professora Orientadora:  
Orientadores Clínicos:



**Lisboa**  
**janeiro 2023**

## ÍNDICE

Introdução .....	4
Descrição .....	4
Sentimentos .....	6
Avaliação .....	6
Análise.....	7
Conclusão .....	9
Plano de ação.....	9

## **INTRODUÇÃO**

Este jornal de aprendizagem, surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, em que é esperado a realização por parte do estudante, de uma prática reflexiva sobre a ação, de modo a desenvolver a uma prática profissional e ética no seu campo intervenção, bem como promover o autoconhecimento e capacidade crítica sobre a sua intervenção, indo ao encontro das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) 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 D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

A reflexão presente neste documento incide sobre uma situação de cuidados paliativos, referenciada para a unidade de cuidados continuados (UCC) na qual me encontro atualmente a realizar ensino clínico, bem como na relação entre os cuidados paliativos e a reabilitação, sempre associada à recuperação funcional, cognitiva e psicossocial, melhoria da qualidade de vida (Fonseca, 2021) e na recuperação da pessoa com deficiência ou dificuldades na participação, mas tão pouco explorada numa vertente paliativa.

Para conduzir esta reflexão será utilizado o ciclo de Gibbs como metodologia reflexiva.

## **DESCRIÇÃO**

Esta situação incide sobre uma das pessoas que comecei a acompanhar durante este ensino clínico na UCC de Mafra. Quando analisei o processo de referenciação, verifiquei ser uma situação com necessidade de intervenção em termos de cuidados paliativos, pois segundo descrito no mesmo, a utente tinha como diagnóstico clínico uma neoplasia das vias hépato-biliares de estadio IV, com metástases em múltiplos órgãos, e agravamento desde a avaliação anterior. Desta forma o objetivo terapêutico definido pela equipa passa pelo controlo sintomático, gestão do regime terapêutico e manutenção da funcionalidade, bem como apoio e

acompanhamento psicológico e emocional em fase terminal da doença desta pessoa.

Quando me deslocuei ao domicílio da utente, juntamente com a enfermeira orientadora, fomos recebidos pelo esposo da utente, sendo este o seu principal cuidador, que nos recebeu de uma forma simpática e cortez, tendo nos encaminhado ao quarto onde se encontra a utente.

À chegada realizei uma primeira apreciação, pude constatar a condição de vulnerabilidade acrescida em que sem encontrava esta pessoa. À abordagem uma pessoa vígil e orientada em todas as vertentes, e sem quais aparentes alterações cognitivas e comportamentais. No entanto à medida que fui conversando com a utente, era perceptível um humor deprimido e ansioso.

Fisicamente era visível uma dispneia a pequenos esforços, embora à auscultação pulmonar apresentasse murmúrios vesiculares mantidos e ausência de ronos ou sibilos. As saturações periféricas eram normais, num intervalo de 96 a 98%. Normotensa e normocárdica. No entanto a utente referiu queixas álgicas, apesar de após essa referência, ter afirmado que “como qualquer enfermeira não gostava de tomar medicação” (sic.). Seguiu então em contar alguns episódios que vivenciou durante a sua prática, bem como facto de ser também ela especialista em reabilitação, o que ajudou no estabelecimento de uma comunicação mais fluida e de maior confiança.

Foi ainda avaliada a funcionalidade e força muscular em termos de membros superiores (MS) e inferiores (MI), sendo claramente visível o edema dos MI, já relacionado com uma insuficiência venosa periférica e agora agravado pela condição de menor mobilidade da utente.

Por fim em conversa com a utente e o seu esposo, após a realização de educação para a saúde, conseguimos potenciar a adesão terapêutica no que dizia respeito à analgesia, tendo negociado com a utente, mediante o grau de dor percecionado a utilização da terapêutica de resgate prescrita em SOS. Além disso, tendo em conta o humor deprimido da utente e de se verificar uma necessidade de expressar as suas emoções e sentimentos, apesar da mesma referir que “não acredita nessas terapias” (sic.), aceitou a referenciação para a psicóloga da equipa,

de modo a providenciar um acompanhamento mais especializado, componentes psicológica e emocional.

## **SENTIMENTOS**

Quando a utente referiu que tinha sido enfermeira, ainda para mais especialista em reabilitação, e começou a descrever algumas das suas experiências, inconscientemente senti uma maior afeição àquela pessoa, e pelo facto de ter sido tão simpática, não consegui deixar de lamentar a situação atualmente vivida pela mesma.

Após esta experiência e depois do final do turno, quando me encontrava a refletir sobre esta situação e as aprendizagens que dela poderia extrair, senti alguma pena, bem como dúvidas sobre como poderia intervir, na condição de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), nas necessidades desta pessoa, que se encontram dirigidas para a vertente paliativa dos cuidados.

## **AVALIAÇÃO**

No que concerne aos aspetos positivos que identifico nesta situação destaco o facto de ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica com a utente, tão importante para a intervenção do enfermeiro. Também o facto de me ter questionado sobre de que forma o EEER poderia atuar face a uma pessoa na condição desta utente, estimulando-me assim a desenvolver conhecimentos e competências sobre a intervenção de reabilitação e a sua relação com o cuidado paliativo.

Como aspetos negativos saliento o facto de ter saído da relação terapêutica e ter estabelecido laços emocionais, manifestados pelo sentimento de pena e de identificação pessoal com esta pessoa, sentido o sofrimento do outro. Ainda outro aspeto negativo foi o facto não ter partilhado com a enfermeira orientadora as minhas dúvidas sobre a intervenção do EEER face a esta situação.

## **ANÁLISE**

De acordo com Fonseca “a reabilitação tem um papel preponderante a vários níveis: na recuperação funcional, cognitiva e psicossocial; na integração social; na melhoria da qualidade de vida; na manutenção da atividade profissional e no grau de dependência” (Fonseca, 2021, n.p.). Desta forma, no que concerne ao papel do EEER nos cuidados paliativos, este reúne um conjunto de conhecimentos e saberes, com vista ao diagnóstico precoce e à intervenção, nomeadamente preventiva, para promover a manutenção da capacidade funcional, prevenir complicações e incapacidades, integrando intervenções terapêuticas que procurem melhorar a funcionalidade da pessoa, recuperando a sua independência ou minimizando o impacto das sequelas da sua patologia na mesma (A. Costa & Othero, 2014).

Os cuidados paliativos “procuram auxiliar os doentes a atingirem e obterem o seu potencial máximo, físico, psicológico, social e espiritual, por muito limitados que se tenham tornado em resultado da progressão da doença” (Costa & Othero, 2014 p.166), o que vai de encontro à competência específica J3 do EEER, que refere “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Estes cuidados devem “respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana” (Costa & Othero, 2014, p.165), estando as Equipas de Cuidados Continuado Integrados (ECCI) perfeitamente aptas a prestá-los, pois de acordo com a lei de bases dos cuidados paliativos, estes correspondem aos “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimentos, decorrentes de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivos de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (A. Costa & Othero, 2014).

Além disso, indo ao encontro da abordagem holística dos cuidados de reabilitação referida por Sall et al. (2019), tendo em conta as especificidades das

peças com necessidade de cuidados paliativos, que possui características singulares decorrentes não só da sua situação de doença, mas também do impacto que esta tem no sistema familiar e nas pessoas significativas. Estas especificidades implicam que o EEER deve delinear um plano de intervenção em reabilitação com vista a atingir os objetivos da pessoa e tendo em conta as condições físicas, psíquicas, sociais e espirituais, bem como as necessidades da família, de modo a promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

Já no que diz respeito à relação terapêutica, de acordo com Chalifour (2008) o reconhecimento das próprias sensações, pensamentos e emoções do enfermeiro, está implícito na relação de ajuda profissional, dado que para o mesmo, o profissional deve colocar estas sensações, pensamentos e emoções ao serviço da pessoa. No entanto de acordo com o modelo de MORSE et al. (2006) abordado por Diogo (2017), os mesmos consideram que um determinado estímulo provoca uma “ sensação reflexa e subjetiva” (p.25) no enfermeiro em resposta à experiência do sofrimento do outro como consequência de uma empatia emocional. Este modelo centra-se na existência de dois eixos, um deles centrado no cliente, no qual o enfermeiro se envolve emocionalmente na experiência da pessoa ou está habilitado para se identificar com essa mesma experiência, tendo como desvantagem a existência de uma experiência de sofrimento também para o profissional. O outro eixo centra-se sobretudo no enfermeiro, no qual o mesmo reduz as respostas emocionais para com o cliente provocando simultaneamente uma diminuição no seu investimento na experiência de sofrimento da pessoa sendo que para isso a duração das interações é menor e requer que o enfermeiro tenha a capacidade de imaginar a situação do cliente ao invés de se permitir estar exposto à situação.

Ainda de acordo com estes autores a exposição constante a situações de sofrimento implica que o profissional encontre mecanismos de distanciamento bloqueando a sua sensibilidade de modo a resguardar-se emocionalmente aproximando-se do segundo eixo. Isto representa uma desvantagem, pois de acordo com Chalifour (2008), estar em relação implica um reconhecimento de que o cuidado e o tratamento não podem existir sem a presença de um laço significativo

entre a pessoa e o enfermeiro, e sem que seja criada uma relação de qualidade, além que “manter a distância compromete a relação e o cliente percebe que não é considerado como pessoa, e isso pode afetar o seu bem-estar” (Diogo, 2017, p.28).

A necessidade reflexiva, acerca destas questões, impõe-se na medida que "assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autônomos e críticos" (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131), com vista ao desenvolvimento das minhas capacidades e da consciencialização da intervenção do EEER nesta situação em concreto, além de perceber o meu envolvimento na mesma. O desenvolvimento da capacidade crítica é uma ferramenta fundamental, permitindo que os enfermeiros especialistas (ER) “se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.132).

## **CONCLUSÃO**

A par da reflexão acerca da relação terapêutica em comparação com a relação não terapêutica, considero que teria sido importante encontrar um equilíbrio entre o distanciamento e o estabelecimento de uma relação profissional, de modo a melhor avaliar a situação de cuidados, formando sim o laço significativo, criando uma relação de ajuda profissional de qualidade, e permite ajudar a pessoa a enfrentar as dificuldades vividas na sua situação de saúde/doença (Chalifour, 2008).

Esta melhor avaliação em contexto do cuidado paliativo, permite ao EEER a otimização da sua intervenção, tendo em conta os processos de transição/adaptação à condição de saúde e aos desafios gerados pela alteração da funcionalidade experimentados pela pessoa e cuja finalidade é a minorar a limitação e melhorar a qualidade de vida, à medida que a patologia progride o seu curso (Padilha et al., 2021).

## **PLANO DE AÇÃO**

Futuramente, seja no papel de estudante, seja no papel de enfermeiro especialista, considero importante ajustar os parâmetros da relação terapêutica, de modo que a mesma tenha a importância, que permita uma interação com qualidade e uma melhor perspectiva sobre a situação de cuidados em concreto.

Numa perspectiva paliativa é importante recorrer às ferramentas que fazem parte do leque de intervenções e competências do EEER, de modo a dar qualidade de vida às pessoas que necessitam desta tipologia de cuidados, estabelecendo objetivos em conjunto, tendo em conta os desejos e capacidades de cada pessoa, desta forma considero um excelente fio condutor no planeamento desta intervenção, aquilo que nos diz Twycross citado por Costa & Othero (2014, p.167), na medida que importa que a intervenção em cuidados paliativos junto da pessoa, “acrescente vida aos seus dias, não dias à sua vida” .

## BIBLIOGRAFIA

- Alashram, A. R., Annino, G., Aldajah, S., Raju, M., & Padua, E. (2022). Rehabilitation of limb apraxia in patients following stroke: A systematic review. *Applied Neuropsychology:Adult*, 29(6), 1658–1668.  
<https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1900188>
- Aquino, A., Sousa, V., & Filho, J. (2021). Efeitos da Terapia do Espelho na Reabilitação de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral (AVC): Revisão Sistemática. *Revista Saúde Em Foco*, 8(1), 3–17.
- Araujo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas* (pp. 164–233). Lidel.
- Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J. C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R., & Walshe, M. (2016). European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403–1428.  
<https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Boulanger, J. M., Lindsay, M. P., Gubitz, G., Smith, E. E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M. K. S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ... Butcher, K. (2018). Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949–984. <https://doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*.
- Braga, R. (2016). Avaliação da função deglutição. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 465–474). Lusodidacta.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto- da teoria à prática*. Papa-

linguas.

Brás, V., Boaventura, I. S., Jorge, B. I., Marta, R. I., Ana, S. I., Miguéns, C., Horta, I. L., & Soares, I. P. (2019). Osteoporose e Quedas : Problemas Não Valorizados pela Comunidade Médica Portuguesa. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 31(2), 15–23.

Brashear, A., & Elovic, E. (2011). *Spasticity: Diagnosis and Management*. Demos medical.

Buxbaum, L. J., Ferraro, M. K., Veramonti, T., Farne, A., Whyte, J., Ladavas, E., Frassinetti, F., & Coslett, H. B. (2004). Hemispatial neglect: Subtypes, neuroanatomy, and disability. *Neurology*, 62(5), 749–756.

<https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000113730.73031.F4>

Caldas, A. (2007). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Roca.

Campos, A., & Rezende de Oliveira, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 1(115), 13–45.

<https://doi.org/10.9732/P.0034-7191.2017V115P13>

Cardoso, F. B., Sc, M., Beresford, H., & Sc, D. (2010). *Avaliação da eficácia do exercício aeróbico na reabilitação de pacientes com marcha hemiparética*. 11(71), 259–264.

Carey, L. M. (2017). Review on somatosensory loss after stroke. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 29(1–4), 1–46.

<https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v29.i1-4.10>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção ierapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.

Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87(March), 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>

Chiado, A. P. A., Ferreira, M. S. M., Ribeiro, O. M. P. L., Gomes, B. P., & Martins, M.

- M. F. (2022). Impacto De Um Programa De Reabilitação Na Gestão Urinária Do Doente Acometido Por Acidente Vascular Cerebral. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0656pt>
- Conterno, M., Kümmerer, D., Dressing, A., Glauche, V., Urbach, H., Weiller, C., & Rijntjes, M. (2022). Speech apraxia and oral apraxia: association or dissociation? A multivariate lesion–symptom mapping study in acute stroke patients. *Experimental Brain Research*, 240(1), 39–51. <https://doi.org/10.1007/s00221-021-06224-3>
- Costa, A., & Othero, M. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Lusodidacta.
- Costa, V., Seixas, M., & Silva, C. (2021). Programa de regulação sensorial à pessoa com distúrbio da consciência. In *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e práticas*. Lidel.
- Curtis, E., & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32–35. <https://doi.org/10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672>
- D'Netto, P., Rumbach, A., Dunn, K., & Finch, E. (2023). Clinical Predictors of Dysphagia Recovery After Stroke: A Systematic Review. *Dysphagia*, 38(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10443-3>
- Da Campo, L., Hauck, M., Marcolino, M. A. Z., Pinheiro, D., Plentz, R. D. M., & Cechetti, F. (2021). Effects of aerobic exercise using cycle ergometry on balance and functional capacity in post-stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Disability and Rehabilitation*, 43(11), 1558–1564. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1670272>
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Europa-América.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Em Enfermagem*, 21(1), 20–30.
- Direção Geral de Saude. (2010). *Acidente Vascular Cerebral- Itinerários Clínicos*. Lidel.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*.

- Dos Santos, J. C. C., Giorgetti, M. J. D. S., Torello, E. M., Meneghetti, C. H. Z., & Ordenes, I. E. U. (2010). The influence of Kinesio Taping in the treatment of shoulder's subluxation at stroke. *Revista Neurociencias*, *18*(3), 335–340. <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8471>
- Dzeng, E. (2019). Habermasian communication pathologies in do-not-resuscitate discussions at the end of life: manipulation as an unintended consequence of an ideology of patient autonomy. *Sociology of Health and Illness*, *41*(2), 325–342. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12825>
- Ellis, F., Kennedy, N. C., Hancock, N. J., & Pomeroy, V. M. (2021). Neurophysiological changes accompanying reduction in upper limb motor impairments in response to exercise-based virtual rehabilitation after stroke: systematic review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, *113*, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.05.009>
- Eraifej, J., Clark, W., France, B., Desando, S., & Moore, D. (2017). Effectiveness of upper limb functional electrical stimulation after stroke for the improvement of activities of daily living and motor function: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *6*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0435-5>
- Ferry, B., Compagnat, M., Yonneau, J., Bensoussan, L., Moucheboeuf, G., Muller, F., Laborde, B., Jossart, A., David, R., Magne, J., Marais, L., & Daviet, J. C. (2022). Awakening the control of the ankle dorsiflexors in the post-stroke hemiplegic subject to improve walking activity and social participation: the WAKE (Walking Ankle isoKinetic Exercise) randomised, controlled trial. *Trials*, *23*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06545-w>
- Fonseca, L. (2021). O AVC é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*.
- Gianni, M. (2007). A Espaticidade. In *Tratado de Medicina de Reabilitação*. Roca.
- Godinho de Matos, M. de F., & Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3*(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

- Gomes, G., & Soares, A. B. (2013). Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 780–789. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400019>
- Grade, L. (2018). *Cérebro em movimento: intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC isquémico*. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Gustavsson, M., Ytterberg, C., & Guidetti, S. (2020). Exploring future possibilities of using information and communication technology in multidisciplinary rehabilitation after stroke—a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(3), 223–230. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1666918>
- Hasan, S. M. M., Rancourt, S. N., Austin, M. W., & Ploughman, M. (2016). Defining Optimal Aerobic Exercise Parameters to Affect Complex Motor and Cognitive Outcomes after Stroke: A Systematic Review and Synthesis. *Neural Plasticity*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/2961573>
- Hay-smith, E., Thompson, S., Weatherall, M., & Ranta, A. (2022). Documented incontinence after stroke: a secondary analysis of a cohort study. Reducing Ethnic and Geographic Inequities to Optimise New Zealand Stroke Care (Regions Care). *New Zeland Medical Journal*, 135(1567).
- Henderson, V. (2004). *Principios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de reabilitação. prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4th ed.). Lusodidata.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. Editora Malone.
- Konecny, P., Elfmark, M., & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 73–75. <https://doi.org/10.2340/16501977-0645>
- Kott, F; Lehmann, J. (1994). *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.
- Kumar, V., Abbas, A., & Aster, J. (2013). *Robbins patologia básica* (9th ed.). Elsevier.

- Le Danseur, M. (2020). Stroke Rehabilitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(1), 97–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.11.004>
- Lo, K., Stephenson, M., & Lockwood, C. (2017). Effectiveness of robotic assisted rehabilitation for mobility and functional ability in adult stroke patients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(12), 3049–3091. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003456>
- Machado, W., Pinto, E., Cruz, V., Figueiredo, N., Pinheiro, A., Xavier, A., Araujo, S., & Porto, I. (2016). *Cuidando de pessoa com paraparesia espástica: intervenções da enfermagem de reabilitação para atividades cotidianas*. 2020, 1–23.
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente*. Lusociência.
- Decreto-Lei n.º163/2006 de 8 de agosto, Diário da República, 1.ª série 5670 (2006).
- Portaria n.º 301/2019, Diário da República 128 (2019).
- Monahnan, F., Neighbors, M., Sands, J., Marek, J., & Green, C. (2007). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica. Perspetivas de saúde e doença*. Lusociência.
- Monteiro, A. (2011). Qualidade de Vida (QV) em Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *ESTSP - Escola Superior de Tecnologias Da Saúde Do Porto, Instituto Politécnico Do Porto, C.*
- Monteiro, G., Moraes, J., Gomes, B., de França, I., & de Oliveira, R. (2016). Aplicação do modelo calgary de avaliação familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrative. *Aquichan*, 16(4), 487–500. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>
- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020a). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>

- Mountain, A., Patrice Lindsay, M., Teasell, R., Salbach, N. M., de Jong, A., Foley, N., Bhogal, S., Bains, N., Bowes, R., Cheung, D., Corriveau, H., Joseph, L., Lesko, D., Millar, A., Parappilly, B., Pikula, A., Scarfone, D., Rochette, A., Taylor, T., ... Cameron, J. I. (2020b). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke. *International Journal of Stroke*, 15(7), 789–806. <https://doi.org/10.1177/1747493019897847>
- Myung, J. H., & Pyun, S. B. (2023). Effect of Oral Apraxia on Dysphagia in Patients with Subacute Stroke. *Dysphagia*, 38(1), 227–235. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10458-w>
- Nandmer, V. K., & Nandmer, A. K. (2022). Gastrointestinal Complications and its Association with Common Risk Factors of Cerebrovascular Accident: A Retrospective Observational Study from Central India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 16(5). <https://doi.org/10.7860/jcdr/2022/56237.16359>
- Nascimento, L. C. G. do, Patrizzi, L. J., & Oliveira, C. C. E. S. (2012). Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. *Fisioterapia Em Movimento*, 25(2), 325–331. <https://doi.org/10.1590/s0103-51502012000200010>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2023). *Stroke statistics*.
- Nogueira, C. C. de C., Soares, A. B., Monteiro, M., & Medeiros, H. C. P. (2020). Habilidades Sociais e Expectativas Acadêmicas em Estudantes de Enfermagem. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(1), 99–118. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.50792>
- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*.
- Organização Mundial de Saúde. (n.d.). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*.
- Padilha, J., Martins, M. M., Gonçalves, N., Ribeiro, O., Fernandes, C., & Gomes, B.

- (2021). Perspectives on training processes in rehabilitation nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 83–89.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.178>
- Park, Y. J., & Lee, J. M. (2020). Effect of Acupuncture Intervention and Manipulation Types on Poststroke Dysarthria: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020.  
<https://doi.org/10.1155/2020/4981945>
- Peixoto, N. M. dos S. M., & Peixoto, T. A. dos S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2015). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(11), 121–132.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Llano, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. In *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45–56). Formasau.
- PORDATA. (2022a). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*.
- PORDATA. (2022b). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*.
- Predebon, M. L., Pizzol, F. L. F. D., Santos, N. O. dos, Bierhals, C. C. B. K., Rosset, I., & Paskulin, L. M. G. (2021). The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 39(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e03>
- Decreto-Lei n.º 95/2019 de 18 de julho, 136 Diário da República 35 (2019).

- Pugliese, M., Ramsay, T., Johnson, D., & Dowlathshahi, D. (2018). Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences. *PLoS ONE*, *13*(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191566>
- Rebelo, P. (2016). Guia prático para a população. *Sociedade Portuguesa de AVC*.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. In *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019.
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. In *Diário da República* n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03 (pp. 13565–13568).
- Ribeiro, M., Santos, S., & Meira, T. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Revista de Enfermagem Da Escola Anna Nery*, *10*(1), 109–115.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação*. Lidel.
- Rocha, I. de J., Martin Bravo, M. F., Mota Sousa, L. M., Nunes Mesquita, A. C., & Carlos Pestana, H. C. F. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, *3*(S1), 5–17.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>
- Sall, J., Eapen, B. C., Elizabeth, J., Bowles, A. O., Bursaw, A., & Rodgers, M. E. (2019). The management of stroke rehabilitation: A synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, *171*(12), 916–924.  
<https://doi.org/10.7326/M19-1695>
- Santos, J. (2022a). Disfunção vesico-esfincteriana: estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação. *Slides de Aulas ER III*.
- Santos, J. (2022b). Intervenção da enfermagem de reabilitação nas pessoas com problemas de eliminação intestinal. *Slides de Aulas ER III*.
- Silva, I., Silva, C., Vilela, A., Bastos, L., & Henriques, M. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referencia*, *4*(8), 103–111.
- Vieira, A. (2015). Reabilitação do membro superior em utentes pós-AVC co menos

- de 6 meses de evolução:uma pesquisa realizada entre fisioterapeutas de instituições portuguesas. *Revista Sinapse*, 2, 5–12.
- Yamazaki, K., Hirata, K., Mimuro, I., & Kaitoh, Y. (2001). A case of dressing apraxia: Contributory factor to dressing apraxia [5]. *Journal of Neurology*, 248(3), 235–236. <https://doi.org/10.1007/s004150170234>
- Yates, M., Kelemen, A., & Sik Lanyi, C. (2016). Virtual reality gaming in the rehabilitation of the upper extremities post-stroke. *Brain Injury*, 30(7), 855–863. <https://doi.org/10.3109/02699052.2016.1144146>
- Yorkstone, K., & Beukelman, D. (1994). Distúrbios da fala e da linguagem. In *Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen* (4th ed.). Manole.
- Zavarize, S., & Martelli, A. (2014). Mecanismo neurofisiológicos da aplicação da bandagem funcional no estímulo somatossensorial. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2(2), 39–49.
- Zhao, L. J., Jiang, L. H., Zhang, H., Li, Y., Sun, P., Liu, Y., & Qi, R. (2022). Effects of Motor Imagery Training for Lower Limb Dysfunction in Patients with Stroke A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, Publish Ah(20194), 409–418. <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002107>

**Apêndice nº 4 – Diapositivos de suporte à apresentação do estudo de caso I**

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Estudo de Caso I

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Discente: Nuno Rodrigues nº4405

Docente orientador: Profª Vanda Marques Pinto

Supervisor Clínico: Enfª



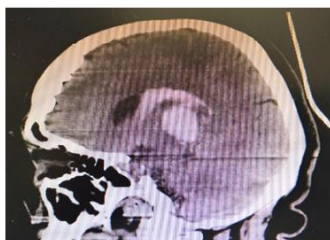
## História de Doença Atual

23 de Outubro de 2022

9h - Inicia quadro de cefaleias e "mau estar" que não sabe especificar

11h - lipotimia, assimetria da face e da força muscular

Ativada Via Verde AVC e encaminhada o SU do CHULC



Hematoma talâmico direito e múltiplas áreas de HSA em zona frontoparietal, hemorragia intraventricular associada e compressão da protuberância



# Colheita de Dados

## Dados pessoais

**Nome:** A. C.  
**Idade:** 67 Anos  
**Género:** Feminino  
**Profissão:** Reformada  
**Etnia:** Caucasiano  
**Residência:** Lisboa  
**Naturalidade:** Portuguesa

## Antecedentes Pessoais

**Hábitos tabágicos:** Não  
**Hábitos Alcoólicos:** Não  
**Alergias:** sem alergias conhecidas  
**Terapêutica Habitual:** Olmesartan, Amlodipina e Escitalopram  
**Patologias conhecidas:** Hipertensão arterial; Síndrome Depressivo; Anemia ferropénica.



2



# Avaliação Funcional

## NIHSS 13

- Vigiil e orientada em todas as vertentes;
- Pupilas isocóricas e isoreativas. Paresia dos movimentos verticais do olhar e hemianopsia homónima esquerda;
- Discurso fluente, sem alterações da nomeação e repetição, cumprindo ordens simples e complexas;
- Hemiparesia esquerda, com força muscular 3/5;
- Extinção tátil do hemicorpo esquerda;
- Alteração da sensibilidade proprioceptiva;
- Descoordenação motora à esquerda, com dismetria à avaliação do índice dedo-nariz e na prova de calcanhar-joelho.

## Avaliação das estruturas da orofaringe

**Apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, língua centrada, úvula centrada e hipotónica, véu palatino simétrico. Reflexo de vômito abolido**



3



# Avaliação Funcional

## Avaliação dos Pares Cranianos

### II Ótico

Acuidade visual bilateral mantida por contagem de dedos, hemianopsia homônima esquerda.

### III Motor ocular comum/ Oculomotor; IV Patético/Troclear; VI Motor ocular externo;

Pupilas isocóricas e isorreativas.

Sem ptose palpebral. Movimento conjugado do olhar com paresia nos movimentos verticais do olhar.

Nega diplopia.

### V Trigêmeo

Movimentos mastigatórios mantidos.

Sensibilidade térmica, tátil e dolorosa alteradas a nível dos três ramos. Reflexo córneo-palpebral ausente.

### VII Facial

Apagamento do sulco nasogeniano à esquerda.

Encerramento labial ineficaz, com fuga de bolo alimentar

Com alterações do paladar, não identifica sabores amargos, sem alteração para doce e salgado.

4



# Avaliação Funcional

## Avaliação dos Pares Cranianos

### VIII Auditivo/Estado-acústico

Não foi possível avaliar equilíbrio.

Sem aparentes alterações da acuidade auditiva.

**IX Glossofaríngeo** Com alterações do paladar, não identifica sabores amargos, sem alteração para doce e salgado.

### X Vago/Pneumogástrico

Tom de voz sem alterações. Reflexo de tosse ausente. Disfagia a líquidos e sólidos. Reflexo de vômito abolido. Vêu palatino simétrico.

### XI Espinhal/ Acessório

Tônus muscular, diminuído à esquerda, com dificuldade na elevação do ombro

### XII Grande hipoglosso

Alterações da mobilidade da língua, úvula centrada e hipotônica, sem resíduos faríngeos após deglutição, mas com descida das SpO2.

5



# Avaliação Funcional

## Avaliação da função muscular – escala MRCMS

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular	Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular
<b>Membros Superiores</b>	<b>Movimento</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Membros Inferiores</b>	<b>Movimento</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Antebraço</b>	Pronação/Supinação	3/5	<b>Coxofemoral</b>	Abdução/Adução	3/5
	Flexão/Extensão	3/5		Flexão/Extensão	3/5
<b>Punho</b>	Desvio radial/cubital	3/5		Rotação Interna/Externa	3/5
	Circundação	3/5	<b>Joelho</b>	Flexão/extensão	3/5
<b>Dedos da Mão</b>	Abdução/Adução	3/5	<b>Tibiotársica</b>	Dorsiflexão/Flexão Plantar	3/5
	Circundação	3/5		Inversão/Eversão	3/5
	Flexão/Extensão	3/5	<b>Dedos do Pé</b>	Flexão/Extensão	3/5
	Oponência do 1º Dedo	3/5		Abdução/Adução	3/5

6



# Avaliação Funcional

## Avaliação da Função respiratória

Eupneica em ar ambiente, com SpO2 de 97%. Padrão respiratório misto, simétrico e regular com amplitude normal. Com cansaço a pequenos esforços, nomeadamente a realizar os cuidados de higiene e vestir/despir.

## Grau de dependência e impacto nas NHF

**Índice de Barthel:** score 0 – Dependência total

**Índice Lawton:** score 0 – Dependência total

7



# Problemas identificados

PROBLEMAS	DIAGNÓSTICO
Alteração da força muscular	Movimento muscular diminuído
Alteração da Sensibilidade	Défice Sensorial
Dependência total na satisfação das NHF	Autocuidado: Higiene comprometido
	Autocuidado: Arranjar-se comprometido
Risco de rigidez articular	Risco de rigidez articular
Alteração da mobilidade	Posicionar-se comprometido
	Alto risco de úlcera por pressão
Disfagia para sólidos e líquidos	Deglutição comprometida
	Aporte nutricional comprometido
Incontinência Urinária e Intestinal	Autocontrolo: continência intestinal

8



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
<p><b>Movimento muscular diminuído:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial para melhorar o conhecimento do cliente sobre técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>Potencial para melhorar a capacidade de o cliente executar técnicas de exercício muscular e articular</li> </ul>	<p><b>Movimento muscular aumentado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento do cliente sobre técnicas de exercício musculares articular, demonstrado;</li> <li>Capacidade do cliente para executar técnicas de exercício muscular e articular, demonstrada</li> </ul>	<p>Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido, ativo resistido de todos os segmentos do hemitórax mais afetado;</p> <p>Avaliar o conhecimento sobre exercícios musculares e articulares;</p> <p>Avaliar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares: Auto mobilizações, mobilizações ativas assistidas, mobilizações ativas, mobilizações passivas;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares ao cliente;</p> <p>Monitorizar a força muscular através da escala MRC modificada.</p>

9



# Plano de Cuidados

Diagnóstico		Resultados Esperados		Intervenções
<b>Déficit presente:</b>	<b>Sensorial</b>	<b>Déficit melhorado:</b>	<b>sensorial</b>	Executar exercícios musculares e articulares passivos, ativos-assistidos, ativos-resistidos com EEEER;
<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial</li> <li>Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias adaptativas ao déficit sensorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial, melhorado</li> <li>Capacidade para usar estratégias adaptativas ao déficit sensorial, melhorado</li> </ul>	Executar estimulação sensitiva: aplicação de calor e frio; Estimular percepção sensorial: facilitação cruzada, massagem e posicionamento; Informar e orientar sobre técnica de adaptação; Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial.	Terapia de uso de espelho; Treino bilateral dos membros superiores (treino de motricidade fina)	

10



# Plano de Cuidados

Diagnóstico		Resultados Esperados		Intervenções
<b>Autocuidado: ineficaz</b>	<b>higiene</b>	<b>Autocuidado: eficaz</b>	<b>higiene</b>	Realizar higiene do corpo com o membro mais afetado; Realizar higiene do hemicorpo mais afetado; Incentivar higiene sem ajuda de terceiros; Supervisionar cuidados de higiene; Estratégias adaptativas para realizar higiene das extremidades inferiores.

11



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
<b>Autocuidado: arranjar-se ineficaz</b>	<b>Autocuidado: arranjar-se eficaz</b>	<p>Utilização de espelho para que a pessoa se possa pentear e lavar os dentes (consciencialização da imagem corporal).</p> <p>Incentivo verbal para arranjar-se do lado mais lesado (pentear o cabelo, lavar os dentes e arranjar os óculos do lado esquerdo)</p> <p>Estratégias adaptativas para abrir produtos de beleza (utilizar o hemicorpo mais lesado para segurar – motricidade grossa – e realizar os movimentos de motricidade fina com o hemicorpo menos lesado) utilizando o hemicorpo mais lesado.</p> <p>Supervisionar a arranjar-se.</p>

12



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
<b>Risco de Rigidez Articular:</b>	<b>Rigidez Articular Ausente:</b>	<p>Avaliar o conhecimento sobre exercício muscular e articular;</p> <p>Avaliar a capacidade para executar exercício muscular e articular;</p> <p>Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares à pessoa;</p> <p>Incentivar repetição dos exercícios;</p> <p>Ensinar sobre condições de risco para a rigidez articular;</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido, ativo resistido de todos os segmentos do hemicorpo mais afetado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial para melhorar o conhecimento do cliente sobre prevenção de rigidez articular</li> <li>Potencial para melhorar a capacidade do cliente para prevenir rigidez articular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento do cliente sobre prevenção de rigidez articular melhorado</li> <li>Capacidade do cliente para prevenir a rigidez articular melhorado</li> </ul>	

13



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
<p><b>Posicionar-se comprometido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial para melhorar o conhecimento do cliente sobre técnicas de adaptação para posicionar-se</li> </ul> <p>Potencial para melhorar a capacidade do cliente para utilizar técnicas de adaptação para posicionar-se</p>	<p><b>Posicionar-se melhorado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecimento do cliente sobre técnicas de adaptação para posicionar-se, melhorado</li> </ul> <p>Capacidade do cliente e do prestador de cuidados para utilizar técnicas de adaptação para posicionar-se, melhorado</p>	<p>Avaliar capacidade para se posicionar;</p> <p>Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se</p> <p>Ensinar, instruir e treinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se: realizar rolamento com apoio das grades da cama e verificar posição dos segmentos corporais, mudar de posição com frequência, dar preferência ao decúbito lateral para o lado mais lesado de modo a aumentar sensibilidade profunda e postural.</p>

14



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
<p><b>Deglutição comprometida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios de deglutição</li> <li>Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de deglutição</li> </ul>	<p><b>Deglutição não comprometida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios de deglutição</li> <li>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de deglutição</li> </ul>	<p>Avaliar a capacidade para executar exercícios de deglutição;</p> <p>Avaliar a capacidade para usar técnicas de deglutição;</p> <p>Instruir sobre exercícios de deglutição (exercícios de resistência muscular para lábios, línguas, palato mole, laringea e de controlo de bolo alimentar);</p> <p>Instruir sobre técnicas de deglutição (flexão cervical, extensão cervical, flexão seguida de extensão cervical, rotação cervical para o lado mais lesado, inclinação cervical para o lado menos lesado, rotação para o lado mais lesado e flexão cervical);</p> <p>Treinar técnicas de deglutição;</p> <p>Treinar exercícios de deglutição.</p>

15



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções
<b>Autocontrolo: continência intestinal ineficaz</b>	<b>Autocontrolo: continência intestinal eficaz</b>	Incentivar o autocontrolo: continência intestinal; Planear eliminação intestinal;
<ul style="list-style-type: none"><li>Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo: continência intestinal</li><li>Potencial para melhorar a capacidade sobre autocontrolo: continência intestinal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Conhecimento sobre autocontrolo: continência intestinal, melhorado</li><li>Capacidade para autocontrolo: continência intestinal, melhorado</li></ul>	Ensinar sobre posicionamento adequado para evacuar (flexão anterior do tronco, com membros inferiores apoiados em banco para criar inclinação de aproximadamente 45°). Treinar resistência à urgência para defecar.



16



13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Estudo de Caso I

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Discente: Nuno Rodrigues nº4405

Docente orientador: Profª Vanda Marques Pinto

Supervisor Clínico: Et [redacted]



**Apêndice nº 5– Poster “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Disfagia: Um estudo de caso”**

# Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Disfagia: Um estudo de caso

Rodrigues, N.<sup>1</sup>; Asper, S.<sup>2</sup>; Costa, V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (nuno.rodrigues@campus.esel.pt); <sup>2</sup>Mestre em Enfermagem e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

<sup>3</sup>Doutorada em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Professora coordenadora - departamento de enfermagem de reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal causa de morte e incapacidade em Portugal (Fonseca, 2021), sendo que a cada hora cerca de 6 pessoas sofrem um AVC (Sousa-Uva & Dias, 2014).

Os principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares são os seguintes:

Hipertensão arterial (43,1%)	Diabetes mellitus (8,9%)	Hipercolesterolemia (31,3%)	Tabagismo (25,4%)
Pré-obesidade e obesidade (62,1%)	Dieta inadequada (71%)	Consumo excessivo de álcool (18,8%)	Níveis baixos de atividade física (71%)

Bourbon et al., 2019

Após sofrer um AVC 44% das pessoas apresentam disfagia (Flowers et al., 2013) com aumento do risco de aspiração e consequentemente com potencial de mortalidade (Singh, S & Hamdy, S, 2006).

Dada a expressão tão significativa e consequências tão importantes da disfagia, surge aqui uma porta para a avaliação e intervenção do EEER.

## METODOLOGIA

Nesta abordagem optou-se por analisar um caso prático com base nos dados obtidos de um caso clínico acompanhado na unidade cerebrovascular (UCV) do CHULC.

As intervenções identificadas para responder às necessidades desta pessoa foram obtidas com recurso à literatura cinzenta e aos artigos científicos identificados na base de dados CINAHL, COCHRANE e PUBMED, em consequência de uma revisão da literatura.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Controlo neurológico da deglutição (Braga, R. 2016; Branco, C & Portinha, S 2017)

Fases da deglutição (Braga, R. 2016)

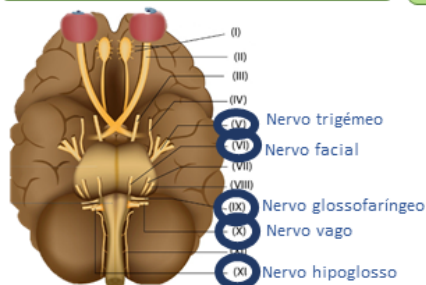


Imagem 1: Pares cranianos

(<https://brasilecola.uol.com.br/biologia/doze-pares-de-nervos.htm>)

A disfagia é "conjunto de alterações neuromusculares/obstrução mecânica que dificultam a deglutição, colocando em risco a segurança da via aérea" (Ferreira et al., 2022, p.60) e o aporte nutricional.

## CASO CLÍNICO

### HISTÓRIA CLÍNICA E SITUAÇÃO ATUAL

Sra. A. de 67 anos, com antecedentes pessoais de HTA, síndrome depressivo e anemia ferropénica, iniciou quadro de cefaleias intensas, mal estar geral e maior incapacidade motora pelas 9h. Pelas 11h teve episódio de lipotímia num contexto de ansiedade intensa, tendo sido objetivadas alterações da força à esquerda e assimetria da face. Ativada Via Verde do AVC.

### MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Realizou tomografia axial computadorizada que revelou **hematoma talâmico direito e múltiplas áreas de hemorragia subaracnoideia em zona frontoparietal**, com maior expressão na zona frontal anterior e frontobasal à direita, com **hemorragia intraventricular** associada, além de uma **compressão da protuberância** (Imagem 1 e 2). Angio-TC sem alterações, admitindo-se hemorragia espontânea dos núcleos da base, sem indicação para intervenção pela neurocirurgia. Transferida para a UCV para vigilância, estudo e controlo imagiológico da lesão.

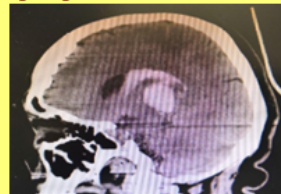


Imagem 2 - Vista lateral

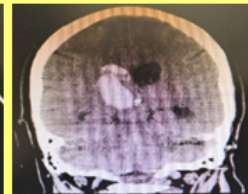


Imagem 3 - Vista posterior

### AVALIAÇÃO

Ao 3º dia de internamento, utilizando a escala NIHSS apresentava:

- Vigil e orientada em todas as vertentes;
- Pupilas isocóricas e isoreativas. Paresia dos movimentos verticais do olhar e hemianopsia homónima esquerda;
- Discurso fluente, sem alterações da nomeação e repetição, cumprindo ordens simples e complexas;
- Apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, língua centrada, úvula centrada e hipotónica, véu palatino simétrico. Reflexo de vômito abolido;
- Hemiparesia esquerda, com força muscular 3/5;
- Extinção tátil à esquerda.

Utilizando o protocolo de avaliação da UCV, após a avaliação das estruturas da orofaringe e avaliação da deglutição com consistências líquida, mel e pudim, foi possível verificar alterações da sensibilidade e motricidade, incompatíveis com uma deglutição segura, levantando-se os diagnósticos de enfermagem **Deglutição comprometida, Autocuidado: Comer comprometido e Aporte nutricional comprometido**, optando-se por manter sonda nasogástrica e iniciar programa de reabilitação.

## INTERVENÇÕES DO EEER

Estas intervenções envolvem programas de exercício progressivos com vista à melhoria da sensibilidade e motricidade, e contemplam:

- **Técnicas Posturais:** Flexão cervical, extensão cervical, flexão seguida de extensão cervical, rotação cervical para o lado mais lesado, indinação cervical para o lado menos lesado, rotação para o lado mais lesado e flexão cervical;
- **Estimulação sensorial:** Estimulação térmica e tátil (*icing, brushing, Vibração, stroking* e pressão e irradiação), alteração das propriedades dos alimentos (visão, odor, volume, temperatura e consistência);
- **Estimulação do reflexo de deglutição:** Estimulação térmica;
- **Exercícios de controlo motor oral:** Exercícios de *range of motion* (ROM) lingual, exercícios de resistência, exercícios para promover o controlo e coesão do bolo alimentar, exercícios de propulsão do bolo alimentar, exercícios ROM para a orofaringe, exercícios ROM para a faringe (adução vocal), exercícios de vibração lingual, exercícios de elevação laringea e encerramento glótico (falsete, protusão da língua e exercícios oclusivos);
- **Manobras de deglutição:** Deglutição supraglótica, deglutição super-supraglótica ou valsava, manobra de Mendelson, manobra de Masako, deglutições múltiplas, deglutições incompletas sonorizadas, tosse voluntária; exercícios isotónicos/Isométricos (exercício de *Shaker*).  
(Braga, R 2016; Branco, C & Portinha, S 2017; Sall, J et al. 2019)

## CONCLUSÃO

O EEER está numa posição privilegiada para avaliar e intervir junto da pessoa com disfagia, estabelecendo programas de **abordagem compensatória (AC) com vista a obter um padrão de deglutição o mais próximo da normalidade**, com a vantagem de poderem ser adaptados a vários níveis de cognição, e posteriormente de **abordagem terapêutica (AT)**, com o objetivo de melhorar as condições nutricionais. Tanto a AC como a AT têm como objetivo eliminar sintomas, apenas diferindo no seu principal objetivo. (Branco, C & Portinha, S 2017).

Nesta situação em concreto, devido a se encontrar numa fase hiper aguda, optou-se por uma AC, com o intuito de iniciar uma estimulação sensorial da orofaringe, iniciar o treino de controlo motor oral e manobras de deglutição sem bolo alimentar, pois visam reiniciar e melhorar o padrão de deglutição.

Deste modo é ainda precoce uma reavaliação dos resultados, pelo curto período de acompanhamento da pessoa, relacionado com a tipologia da unidade, e pela fase hiper aguda do AVC, propondo-se uma continuação do programa de reabilitação estabelecido após a transferência da pessoa

## REFERÊNCIAS



**Apêndice nº 6 – Diapositivos de suporte à apresentação do estudo de caso II**

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Estudo de Caso II

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Discente: Nuno Rodrigues nº4405

Docente orientador: Profª Vanda Marques Pinto

Supervisores Clínicos: \_\_\_\_\_



## Colheita de Dados

### Dados pessoais

**Nome:** F.O.

**Idade:** 18 meses

**Género:** Masculino

**Etnia:** Caucasiano

**Residência:** Lisboa

**Naturalidade:** Portuguesa

### Antecedentes Pessoais

**Alergias:** sem alergias conhecidas

**Terapêutica Habitual:** Seretaide 125ug;  
Salbutamol 100ug; Brometo de Ipratrópio  
0,25mg; Dragravit; Vigantol

**Patologias conhecidas:** Polimicrogíria,  
hipoplasia do cerebelo e bulbar e pé boto



# Contextualização teórica

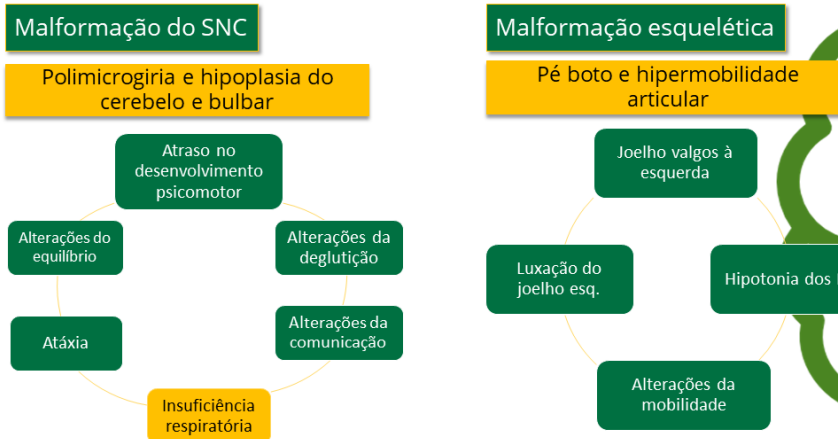
## Polimicrogiria

- A **Polimicrogiria** (PMG) é uma malformação caracterizada por um desdobramento do cortex com múltiplos giros menores e laminações anormais, sendo umas das malformações corticais mais comuns, causada por uma alteração na migração neuronal ou na organização cortical. (Andelman-gur et al., 2020; Leventer et al., 2010)
- Pode ter uma **etiologia genética ou externa** (ex. Hipoxia, hipoperfusão ou infeções). (Stutterd & Leventer, 2014)
- **Diagnóstico imagiológico** para identificação das áreas com alterações morfológicas. (Andelman-gur et al., 2020)
- As sequelas mais comuns da PMG são **epilepsia, atraso no desenvolvimento, espasticidade, disfunção motora e distúrbios da linguagem e da comunicação**; (Leventer et al., 2010; Stutterd & Leventer, 2014; Braden et al., 2019)

2



# História de Doença Atual



3



# Desenvolvimento Psicomotor

## Expectável aos 18 meses

- Anda bem
- Pode subir escadas, apoiando-se
- Faz um traço vertical
- Monta uma torre de quatro cubos
- Folheia várias paginas de uma só vez
- Fala cerca de 10 palavras
- Puxa brinquedos pelas cordas
- Alimenta-se sozinho parcialmente

(Ribeiro, 2021)

Anda apoiado

Alimentação via PEG

Não fala, vocalização de sons diminuída

Motricidade fina comprometida



4

# Avaliação Neurológica

## Avaliação dos Pares Cranianos

### II Ótico

Sem aparentes alterações da acuidade visual.

### III Motor ocular comum/ Oculomotor; IV Patético/Troclear; VI Motor ocular externo;

Pupilas isocóricas e isorreativas. Sem ptose palpebral. Movimento conjugado do olhar sem alterações

### V Trigêmeo

Movimentos mastigatórios mantidos.

### VII Facial

Simetria da boca mantida. Encerramento labial eficaz.

### VIII Auditivo/Estato-acústico

Sem aparentes alterações da acuidade auditiva.

### X Vago/Pneumogástrico

Reflexo de tosse diminuído. Disfagia a líquidos e sólidos. Reflexo de vômito abolido. Véu palatino simétrico. Reflexo de deglutição abolido.

### XII Grande hipoglosso

Alterações da mobilidade da língua, não executa a protusão, apresenta movimentos verticais. Restantes estruturas centradas e com tônus mantido.



5

# Avaliação Funcional

## Avaliação da função muscular – escala MRCMS

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular
<b>Membros Superiores</b>	<b>Movimento</b>	
<b>Antebraço</b>	Pronação/Supinação	3/5
	Flexão/Extensão	3/5
<b>Punho</b>	Desvio radial/cubital	3/5
	Circundação	3/5
<b>Dedos da Mão</b>	Abdução/Adução	3/5
	Circundação	-
	Flexão/Extensão	3/5
	Oponência do 1º Dedo	-

Segmento Corporal	Movimento	Avaliação Muscular
<b>Membros Inferiores</b>	<b>Movimento</b>	
<b>Coxofemoral</b>	Abdução/Adução	3/5
	Flexão/Extensão	3/5
	Rotação Interna/Externa	3/5
<b>Joelho</b>	Flexão/extensão	2/5
<b>Tibiotársica</b>	Dorsiflexão/Flexão Plantar	-
	Inversão/Eversão	-
<b>Dedos do Pé</b>	Flexão/Extensão	-
	Abdução/Adução	-

6



# Avaliação Funcional

## Avaliação da Função respiratória

**6/12** Eupneico com aporte de O<sub>2</sub> a 2L/min via VNI, com SpO<sub>2</sub> de 94%. Padrão respiratório diafragmático, simétrico e regular com amplitude normal. Com cansaço a pequenos esforços. Secreções purulentas e espessas. Necessidade de aspiração contínua.

AP: MV mantidos. Roncos em todo o campo pulmonar.

**25/1** Eupneico em AA, com SpO<sub>2</sub> de 96%. Padrão respiratório diafragmático, simétrico e regular com amplitude normal. Aumento da tolerância ao esforço. Secreções mucosas. Necessita de aspirações ocasionais. VNI noturno.

AP: MV mantidos. Roncos dispersos na base do pulmão à direita.

7



## Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Ventilação ineficaz</b>	Ventilação eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auscultar tórax</li> <li>- Executar cinesiterapia respiratória (Ab. Costal global; Ab. Costal seletiva; Técnica de drenagem postural modificada; Técnica de compressão torácica; Técnica de vibração torácica;</li> <li>- Executar técnicas respiratórias (Reeducação diafragmática; Reeducação costal inferior)</li> <li>- Gerir Oxigenoterapia</li> <li>- Monitorizar SpO2</li> <li>- Otimizar a ventilação c/ técnica de posicionamento</li> <li>- Vigiar a respiração e ventilação</li> </ul>	<p><b>6/12</b> - AP: MV mantidos. Roncos em todo os campo pulmonar. SpO2 94% com O2 2L/min via VNI</p> <p><b>4/1</b> - AP: MV mantidos. Roncos em todo os campo pulmonar. SpO2 93% com O2 2L/min via ON</p> <p><b>25/1</b> - AP: MV mantidos. Roncos na base do pulmão à direita. SpO2 96% em AA</p>

8

## Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para executar técnica de posicionamento</b>	Conhecimento melhorado sobre técnica de posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade o pai para executar técnica de posicionamento</li> <li>- Instruir o pai sobre técnica de posicionamento</li> <li>- Treinar o pai sobre técnica de posicionamento</li> </ul>	<p><b>6/12</b> - Pai tem conhecimento de técnicas e de posicionamento instruídas na instituição hospitalar</p> <p><b>4/1</b> - Conhecimento mantido sobre técnicas de posicionamento</p> <p><b>25/1</b> - Conhecimento mantido sobre técnicas de posicionamento</p>

9

# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para sobre dispositivo auxiliar de ventilação (VNI) e oxigenoterapia</b>	Conhecimento melhorado sobre dispositivo auxiliar de ventilação e oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade do pai para utilizar dispositivo auxiliar de ventilação e oxigenoterapia</li> <li>- Instruir sobre o uso do dispositivo auxiliar de ventilação e oxigenoterapia</li> <li>- Treinar a utilização do dispositivo auxiliar de ventilação e oxigenoterapia</li> </ul>	<p><b>6/12</b> – Pai tem conhecimento sobre dispositivo auxiliar de ventilação (VNI) e oxigenoterapia</p> <p><b>4/1</b> – Conhecimento mantido sobre dispositivo auxiliar de ventilação (VNI) e oxigenoterapia</p> <p><b>25/1</b> - Conhecimento mantido sobre dispositivo auxiliar de ventilação (VNI) e oxigenoterapia</p>

10

# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Limpeza das vias aéreas ineficaz</b>	Limpeza das vias aéreas eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspirar secreções</li> <li>- Avaliar reflexo de tosse</li> <li>- Executar cinesiterapia respiratória (Ab. Costal global; Ab. Costal seletiva; Técnica de drenagem postural modificada; Técnica de compressão torácica; Técnica de vibração torácica)</li> <li>- Executar terapêutica inalatória</li> <li>- Executar técnica de posicionamento</li> <li>- Vigiar a expectoração</li> </ul>	<p><b>6/12</b> – Necessidade de aspiração continua. Reflexo de tosse diminuído.</p> <p><b>4/1</b> – Necessidade de aspirações intermitentes. Reflexo de tosse diminuído</p> <p><b>25/1</b> - Necessidade de aspirações intermitentes. Reflexo de tosse diminuído</p>

11

# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Expetorar, ineficaz em grau elevado</b>	Expetorar eficaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspirar secreções</li> <li>- Assistir na tosse</li> <li>- Estimular o reflexo de tosse</li> <li>- Executar cinesiterapia respiratória (Ab. Costal global; Ab. Costal seletiva; Técnica de drenagem postural modificada; Técnica de compressão torácica; Técnica de vibração torácica;)</li> <li>- Executar técnica de posicionamento</li> <li>- Negociar a ingestão de líquidos</li> <li>- Vigiar expetoração</li> </ul>	<p><b>6/12</b> – Necessidade de aspiração continua. Reflexo de tosse diminuído. Secreções purulentas e espessas</p> <p><b>4/1</b> – Necessidade de aspirações intermitentes. Reflexo de tosse diminuído. Secreções mucopurulentas e espessas</p> <p><b>25/1</b> - Necessidade de aspirações intermitentes. Reflexo de tosse diminuído. Secreções mucosas.</p>

12



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Potencial para melhorar a capacidade do pai para assistir no expetorar</b>	Capacidade do pai para assistir no expetorar melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade do pai para assistir no expetorar</li> <li>- Instruir o pai sobre assistir no expetorar</li> <li>- Treinar o pai a assistir no expetorar</li> </ul>	<p><b>6/12</b> – Pai tem conhecimento sobre assistir no expetorar (glossopulsão retrograda)</p> <p><b>4/1</b> – Conhecimento mantido assistir no expetorar (glossopulsão retrograda)</p> <p><b>25/1</b> - Conhecimento mantido assistir no expetorar (glossopulsão retrograda)</p>

13



# Plano de Cuidados

Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
<b>Potencial para melhorar a capacidade do pai para aspirar as secreções</b>	Capacidade do pai para aspirar as secreções melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade do pai para aspirar as secreções</li> <li>- Instruir o pai sobre aspirar as secreções</li> <li>- Treinar o pai para aspirar as secreções</li> </ul>	<p><b>6/12</b> - Pai tem conhecimento sobre assistir aspirar secreções</p> <p><b>4/1</b> - Conhecimento mantido sobre aspirar secreções</p> <p><b>25/1</b> - Conhecimento mantido sobre aspirar secreções</p>

14



# Bibliografia

- Andelman-gur, M. M., Leventer, R. J., Hujirat, M., Ganos, C., Yosovich, K., Carmi, N., & Lev, D. (2020). *Bilateral polymicrogyria associated with dystonia : A new neurogenetic syndrome ? April*, 2207-2213. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.61795>
- Braden, R. O., Leventer, R. J., & Jansen, A. (2019). *Speech and language in bilateral perisylvian polymicrogyria : a systematic review*. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14153>
- Leventer, R. J., Jansen, A., Pilz, D. T., Stoodley, N., Marini, C., Dubeau, F., Malone, J., Mitchell, L. A., Mandelstam, S., Scheffer, I. E., Berkovic, S. F., Andermann, F., Andermann, E., Guerrini, R., & Dobyns, W. B. (2010). *Clinical and imaging heterogeneity of polymicrogyria : a study of 328 patients*. <https://doi.org/10.1093/brain/awq078>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*.
- Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação*. Lidel.
- Stutterd, C. A., & Leventer, R. J. (2014). *Polymicrogyria : A Common and Heterogeneous Malformation of Cortical Development*. 239(May), 227-239. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31399>



13º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## Estudo de Caso II

**Unidade Curricular: Estágio com relatório**

**Discente:** Nuno Rodrigues nº4405

**Docente orientador:** Profª Vanda Marques Pinto

**Supervisores Clínicos:**

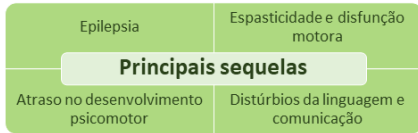


**Apêndice nº 7– Poster “Intervenção em Enfermagem de Reabilitação na Melhoria da Ventilação da Criança com Polimicrogira: Um estudo de caso”**

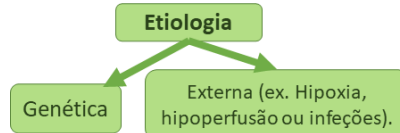
## INTRODUÇÃO

A **Polimicrogria (PMG)** é uma malformação caracterizada por um desdobramento do córtex com múltiplos giros menores e laminações anormais, sendo umas das malformações do desenvolvimento cortical mais comuns, causada por uma alteração na migração neuronal ou na organização cortical. (Andelman-gur et al., 2020; Leventer et al., 2010).

As alterações neurológicas associadas a esta patologia impõe um elevado compromisso na **qualidade de vida da criança** e familiar representando um **desafio em múltiplas dimensões** para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).



Bourbon et al., 2019



(Stutterd & Leventer, 2014)

**Palavras chave:** Polimicrogria; Enfermagem; Reabilitação; Ventilação; Criança; Intervenção

## METODOLOGIA

Como **metodologia**, optou-se por realizar um **estudo de caso** de caráter exploratório com base nos dados obtidos e intervenções de ER realizadas numa situação de cuidados acompanhada na Unidade de Cuidados na Comunidade de Mafra (UCC), com o **objetivo** de avaliar os resultados das mesmas.

As intervenções identificadas para responder às necessidades desta pessoa foram obtidas com recurso à literatura cinzenta e aos artigos científicos identificados na base de dados CINAHL e MEDLINE.

## CASO CLÍNICO

### HISTÓRIA CLÍNICA E SITUAÇÃO ATUAL

O utente F.O, de 18 meses, foi diagnosticado à nascença com uma **polimicrogria e hipoplasia bulbar e do cerebelo**. Em termos saquelares apresenta um atraso do desenvolvimento psicomotor, ataxia, alterações do equilíbrio, alterações da comunicação, alterações da deglutição e **insuficiência respiratória**.

A 6 de Dezembro de 2022, foi iniciado o acompanhamento no domicílio para equipa de ECCI da UCC de Mafra. À primeira avaliação verifica-se que a **componente respiratória é afetada pela ausência do reflexo de deglutição**, apresentando-se eupneico com aporte de **O2 a 2L/min via VNI**, com SpO2 de 94%. Padrão respiratório diafragmático, simétrico e regular com amplitude normal. Com cansaço a pequenos esforços. **Secreções purulentas espessas com necessidade de aspiração continua**.

**Auscultação Pulmonar:** Murmúrios Vesiculares mantidos. **Roncos em todo o campo pulmonar**.

### AValiação DOS PARES CRANIANOS

**II Ótico** - Sem aparentes alterações da acuidade visual.

**III Motor ocular comum/ Oculomotor; IV Patético/Troclear; VI Motor ocular externo** - Pupilas isocóricas e isorreativas. Sem ptose palpebral. Movimento conjugado do olhar sem alterações

**V Trigêmeo** - Movimentos mastigatórios mantidos.

**VII Facial** - Simetria da face mantida. Encerramento labial eficaz.

**VIII Auditivo/Estato-acústico** - Sem aparentes alterações da acuidade auditiva.

**IX Gossófaringeo** - Reflexo de vômito e deglutição abolido.

**X Vago/Pneumogástrico** - Reflexo de tosse diminuído. Disfagia a líquidos e sólidos. Reflexo de vômito abolido. Vêtu palatino simétrico. Reflexo de deglutição abolido.

**XII Grande hipoglosso** - Alterações da mobilidade da língua, não executa a protusão, apresenta movimentos verticais. Restantes estruturas centradas e com tónus mantido.

## DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DO EEER

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- Ventilação ineficaz
- Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para executar técnica de posicionamento
- Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para sobre dispositivo auxiliar de ventilação (VNI) e oxigenoterapia
- Limpeza das vias aéreas ineficaz
- Expetorar, ineficaz em grau elevado
- Potencial para melhorar a capacidade dos pais para assistir no expetorar
- Potencial para melhorar a capacidade do pai para aspirar as secreções

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

#### Centradas na Criança

- Auscultar tórax
- Executar cinesioterapia respiratória
- Executar técnicas respiratórias
- Gerir Oxigenoterapia e Monitorizar SpO2
- Otimizar a ventilação c/ técnica de posicionamento
- Vigiar a respiração e ventilação
- Aspirar secreções
- Avaliar reflexo de tosse
- Estimular o reflexo de tosse
- Executar terapêutica inalatória
- Executar técnica de posicionamento
- Vigiar a expetoração
- Assistir na tosse
- Estimular o reflexo de tosse

#### Centradas no Cuidador

- Avaliar, instruir e treinar capacidade do pai para utilizar dispositivo auxiliar de ventilação e oxigenoterapia
- Avaliar, instruir e treinar a capacidade do pai para assistir no expetorar
- Avaliar, instruir e treinar a capacidade do pai para aspirar as secreções

### AValiação E RESULTADOS

Após a execução do plano de intervenção, verificou-se uma **melhoria global da componente respiratória**, sendo possível realizar um **desmame progressivo do O2**, uma aplicação da VNI apenas no período noturno, bem como uma **melhoria na capacidade de expelir as secreções**, necessitando apenas de **aspiração de secreções intermitentes**. No que concerne aos pais, verificou-se uma **maior capacitação** na realização de técnicas, bem como uma **melhoria do conhecimento para lidar com as necessidades de cuidados à criança**.

## CONCLUSÃO

O EEER, através do seu perfil de competências, está numa **posição privilegiada para intervir nas necessidades de ventilação da criança polimicrogria**, procurando uma melhoria na **qualidade de vida**, uma vez que as intervenções no âmbito da **reabilitação funcional respiratória** visam a prevenir ou minimizar a consequências da obstrução mecânica por secreções, tais como atelectasias, hiperinsuflação, diminuição das trocas gasosas e aumento do trabalho respiratório, além de auxiliar na expulsão de secreções potencialmente infecciosas (Castro, 2009).

A intervenção junto da família permite uma **maior capacitação do cuidador**, assegurando a **continuidade de cuidados** no domicílio, reduzindo os riscos associados à institucionalização hospitalar, garantindo a satisfação das necessidades da criança e **desenvolvimento psicomotor** assegurando a consolidação das etapas de desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS



## **ANEXOS**

## **Anexo nº1 – Escala de Barthel**

## Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<p><b>USO DO TOILET</b>  0 = dependente  5 = precisa de alguma ajuda parcial  10 = independente ( pentear-se, limpar-se)</p>	
<p><b>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b>  0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado  5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar  10 = pouca ajuda (verbal ou física)  15 = independente</p>	
<p><b>MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS)</b>  0 = imóvel ou &lt; 50 metros  5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, &gt; 50 metros  10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) &gt; 50 metros  15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) &gt; 50 metros</p>	
<p><b>ESCADAS</b>  0 = incapacitado  5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado)  10 = independente</p>	

## **Anexo nº2 – Escala de NIHSS**

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p><b>1a. Nível de Consciência</b> O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; reponde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1b. Perguntas de Nível de Consciência</b> O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1c. Comandos de Nível de Consciência</b> O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>2. Melhor olhar conjugado</b> Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p><b>3. Visual</b> OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque <b>1</b> somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque <b>3</b>. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p><b>0</b> = Sem perda visual. <b>1</b> = Hemianopsia parcial. <b>2</b> = Hemianopsia completa. <b>3</b> = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>4. Paralisia Facial</b> Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p><b>0</b> = Movimentos normais simétricos. <b>1</b> = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). <b>2</b> = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). <b>3</b> = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>5. Motor para braços</b> O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p><b>0</b> = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. <b>1</b> = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. <b>2</b> = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. <b>3</b> = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. <b>4</b> = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p><b>5a. Braço esquerdo      5b. Braço direito</b></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>6. Motor para pernas</b> A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p><b>0</b> = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. <b>1</b> = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. <b>2</b> = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. <b>3</b> = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. <b>4</b> = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p><b>6a. Perna esquerda      6b. Perna direita</b></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Score	Hora
<p><b>7. Ataxia de membros</b>  Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índice-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p><b>0</b> = Ausente.  <b>1</b> = Presente em 1 membro.  <b>2</b> = Presente em dois membros.  <b>NT</b> = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>8. Sensibilidade</b>  Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um escore de <b>2</b>, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente <b>1</b> ou <b>0</b>. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe <b>2</b>. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque <b>2</b>. Pacientes em coma (item <b>1a=3</b>) recebem arbitrariamente <b>2</b> neste item.</p>	<p><b>0</b> = Normal; nenhuma perda.  <b>1</b> = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado.  <b>2</b> = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>9. Melhor linguagem</b>  Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item <b>1A=3</b>) receberá automaticamente <b>3</b> neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação <b>3</b> deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p><b>0</b> = Sem afasia; normal.  <b>1</b> = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.  <b>2</b> = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.  <b>3</b> = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p><b>10. Disartria</b> Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p><b>0</b> = Normal. <b>1</b> = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. <b>2</b> = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. <b>NT</b> = Intubado ou outra barreira física; explique _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência)</b> Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p><b>0</b> = Nenhuma anormalidade. <b>1</b> = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. <b>2</b> = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

## **Anexo nº3 – Escala de Berg**

## ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. Posição sentada para posição em pé.

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- 4 capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
- 3 capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
- 2 capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
- 1 necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
- 0 necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

- 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- 3 capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
- 2 capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- 1 necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

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

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.

- 4 capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
- 3 capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
- 2 capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
- 1 capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
- 0 incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentada.

Instruções: Por favor, sente-se.

- 4 senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
- 3 controla a descida utilizando as mãos.
- 2 utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
- 1 senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
- 0 necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências.

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

- 4 capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
- 3 capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
- 2 capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
- 1 necessita de uma pessoa para ajudar.
- 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados.

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

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

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

( ) 0 necessita de ajuda para não cair.

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos.

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

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

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

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

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

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

8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé.

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

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

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

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

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

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

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé.

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

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

( ) 3 capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.

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

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

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

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé.

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

( ) 4 olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.

( ) 3 olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.

( ) 2 vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.

( ) 1 necessita de supervisão para virar.

( ) 0 necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

11. Girar 360°

Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.

( ) 4 capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.

( ) 3 capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.

( ) 2 capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.

- ( ) 1 necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- ( ) 0 necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio.

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.

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

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente.

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

- ( ) 4 capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- ( ) 3 capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- ( ) 2 capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- ( ) 1 necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
- ( ) 0 perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna.

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

- ( ) 4 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.
- ( ) 3 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
- ( ) 2 capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
- ( ) 1 tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- ( ) 0 incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

## **Anexo nº4 – Escala de Tinetti**

For both assessments, enter the date of each exam and circle your rating for each item. Indicate totals at the bottom of each section.

**BALANCE ASSESSMENT**

To perform this assessment, seat the patient in a hard, armless chair.

Evaluated Function	Description of Behavior	Date: _____	Date: _____
Sitting Balance	Leans or slides in chair	0	0
	Steady, safe	1	1
Rises From Chair	Unable to rise without help	0	0
	Able to rise using arms to help	1	1
	Able to rise without using arms to help	2	2
Attempts To Rise	Unable to rise without help	0	0
	Able to rise, requires more than one attempt	1	1
	Able to rise, requires one attempt	2	2
Standing Balance (1 <sup>st</sup> 5 Seconds)	Unsteady (staggers, moves feet, trunk sways)	0	0
	Steady, but uses walker or other support	1	1
	Steady without walker or other support	2	2
Standing Balance	Unsteady	0	0
	Steady, but with wide stance and uses support	1	1
	Narrow stance without support	2	2
Nudged	Begins to fall	0	0
	Staggers, grabs, catches self	1	1
	Steady	2	2
Eyes Closed	Unsteady	0	0
	Steady	1	1
Turning 360 Degrees	Discontinuous steps	0	0
	Continuous steps	1	1
	Unsteady (grabs, staggers)	0	0
	Steady	1	1
Sitting Down (Getting Seated)	Unsafe (misjudged distance, falls into chair)	0	0
	Uses arms or not a smooth motion	1	1
	Safe, smooth motion	2	2
<b>Balance Score</b>		16	16
Potential Points: 16			

**GAIT ASSESSMENT**

Stand with the patient. Walk across the room (+/- aids) at a usual pace, then rapidly

Evaluated Function	Description of Behavior	Date: _____	Date: _____
Indication of Gait	Any hesitancy or multiple attempts	0	0
	No hesitancy	1	1
Step Length & Height	Step to	0	0
	Step through right	1	1
	Step through left	1	1
Foot Clearance	Foot drop	0	0
	Left foot clears the floor	1	1
	Right foot clears the floor	1	1
Step Symmetry	Right and left step length are not equal	0	0
	Right and left step length appear equal	1	1
Step Continuity	Stopping or discontinuity between steps	0	0
	Steps appear continuous	1	1
Path	Marked deviation	0	0
	Mild/moderate deviation or uses a walking aid	1	1
	Straight without a walking aid	2	2
Trunk	Marked sway or uses a walking aid	0	0
	No sway, flexes knees/back/uses arms to balance	1	1
	No sway, no flexion of knees or back use of arms, or walking aid	2	2
Walking Time	Heels apart	0	0
	Heels almost touching while walking	1	1
<b>Gait Score</b>		12	12
Potential Points: 12			
<b>Combined Score</b>		28	28
Potential Points For Balance & Gait			

**Anexo nº5 – Questionário EQ-5D**



## AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim ) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

### ► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ..... <sub>1</sub>  
Tenho alguns problemas em andar ..... <sub>2</sub>  
Tenho de estar na cama ..... <sub>3</sub>

### ► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ..... <sub>1</sub>  
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me..... <sub>2</sub>  
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ..... <sub>3</sub>

### ► Actividades Habituais *(ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)*

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>1</sub>  
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>2</sub>  
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ..... <sub>3</sub>

### ► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar..... <sub>1</sub>  
Tenho dores ou mal-estar moderados ..... <sub>2</sub>  
Tenho dores ou mal-estar extremos ..... <sub>3</sub>

### ► Ansiedade / Depressão

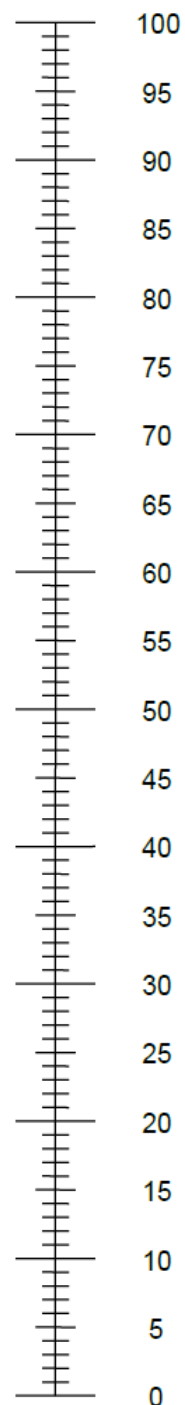
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>1</sub>  
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>2</sub>  
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ..... <sub>3</sub>

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.  
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que  
possa imaginar



A pior saúde que  
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

## **Anexo nº6 – Escala de Morse**

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

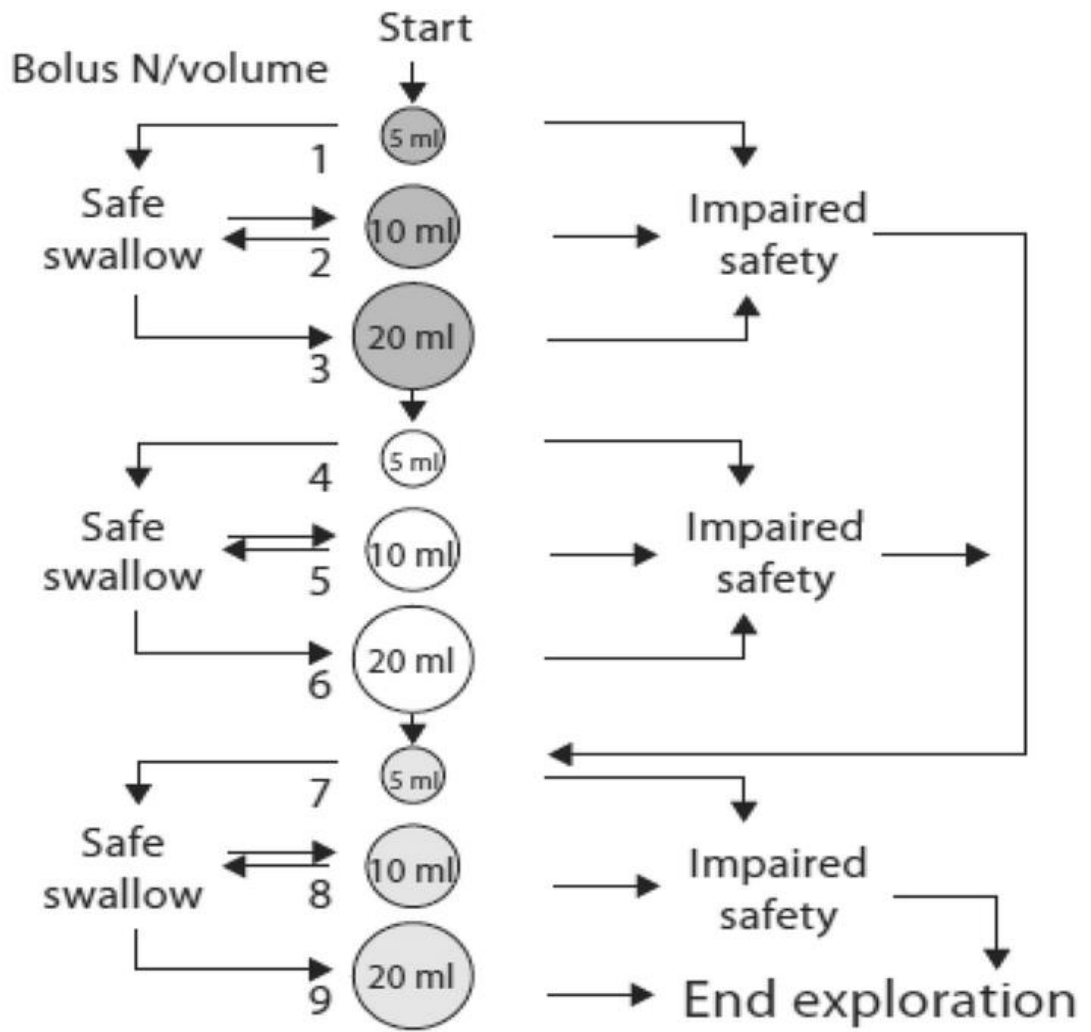
<b>Escore</b>	<b>Risco</b>
< 41	Risco médio
41-51	Risco elevado
> 51	Risco muito elevado

**Anexo nº7– Escala *Volume* – *Viscosity swallow test***

Nectar

Liquid

Pudding



## **Anexo nº8 – Escala de Guss**

## GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

### Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMI-SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	_____ (20)		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
<sup>1</sup>	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta passada</li> <li>• Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10–14	Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta semi-líquida</li> <li>• Líquidos espessados</li> <li>• Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>• Não administrar medicação líquida</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>• Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>