

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Deglutição comprometida e o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação

Autor

Joana Filipa Pinto Soares

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Deglutição comprometida e o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação

Orientador(es)

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes
Professor Adjunto, Doutor

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Joana Filipa Pinto Soares

Porto, 2025

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - módulo II”, integrado no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O relatório decorre de um projeto individual previamente delineado no módulo I, que visa demonstrar a transferência de conhecimentos e a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em diferentes contextos clínicos. Para a sua elaboração, utilizou-se a plataforma e4Nursing, uma ferramenta de documentação de cuidados suportada na Ontologia de Enfermagem.

No âmbito das áreas sensíveis à atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a opção pela temática da deglutição teve como principal interesse a aquisição de conhecimentos e competências neste domínio, no sentido de produzir ganhos em saúde através de futuras práticas clínicas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A deglutição comprometida é frequente após o acidente vascular cerebral e associa-se ao aumento do risco para desenvolver pneumonia por aspiração, malnutrição e desidratação. Deste modo, importa que o Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação identifique precocemente o compromisso na deglutição, planeie e implemente um plano de reabilitação especializado a fim de reduzir o tempo de internamento, custos em saúde e a taxa de mortalidade.

Assim, numa primeira fase serão caracterizados os contextos clínicos onde decorreram os estágios. De seguida, será apresentado o caso clínico e enquadrada a temática da pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. Apesar de ter sido dado enfoque ao domínio da deglutição, o plano de cuidados especializado reflete a intervenção em outros domínios que integraram o processo de reabilitação da pessoa alvo de cuidados. Posteriormente, será feita a explanação do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tendo em consideração os documentos reguladores da profissão e referenciais teóricos da disciplina. Por último, será realizada a síntese final onde se encontra sistematizado o percurso curricular para o desenvolvimento das competências comuns e específicas.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Deglutição; Acidente Vascular Cerebral

ABSTRACT

This report was prepared as part of the curricular unit “Professional Internship with Report - Module II,” integrated into the study plan of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

The report stems from an individual project previously outlined in Module I, which aims to demonstrate the transfer of knowledge and the acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in different clinical contexts. For its elaboration, the e4Nursing platform was used, a care documentation tool supported by nursing ontology.

In the sensitive areas to the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing's intervention, the choice of the topic of swallowing was primarily driven by the interest in acquiring knowledge and skills in this domain, aiming to produce health gains through future clinical practices as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. Swallowing difficulties are common after a stroke and are associated with an increased risk of developing aspiration pneumonia, malnutrition, and dehydration. Therefore, it is important for the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing to identify swallowing impairment early, plan, and implement a specialized rehabilitation plan in order to reduce hospitalization time, healthcare costs, and mortality rates.

Initially, the clinical contexts where the internships took place will be described. Next, the clinical case will be presented, and the theme of the person with swallowing difficulties after a stroke will be framed. Although the focus was on the swallowing domain, the specialized care plan reflects interventions in other areas that integrated the rehabilitation process of the person receiving care. Subsequently, an explanation will be given on the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, taking into account the regulatory documents of the profession and theoretical frameworks of the discipline. Finally, a final summary will be provided, systematizing the curricular journey for the development of common and specific competencies.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Swallowing; Stroke

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

FEES - *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*

GUSS - *Gugging Swallowing Screen*

IDDSI - *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TC-CE - Tomografia Computorizada Crânio-encefálica

TOR-BSST - *Toronto Bedside Swallowing Screening Test*

VFSS - *Videofluoroscopic Swallowing Study*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO CLÍNICO	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	45
3.3. Medicação	45
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	46
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	46
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	46
3.5. Domínios	47
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	48
3.6. Conceção de Cuidados	56
3.7. Especificação das intervenções	95
3.8. Síntese relativa ao caso	103
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	125
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Adaptação da teoria de médio alcance de Afaf Meleis ao caso clínico.....	43
Figura 2: Genograma da família do Sr. M.F. (caso 1)	44
Figura 3: Ecomapa da família do Sr. M.F. (caso 1)	45

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - módulo II”, integrada no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Esta unidade curricular visa a concretização de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação, que foi delineado durante o módulo I.

A unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - módulo II” decorreu de 16 de setembro de 2024 a 10 de janeiro de 2025, nos contextos clínicos definidos pela Ordem dos Enfermeiros para a acreditação do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, isto é, em contexto cardiorrespiratório, musculoesquelético, neurológico, Unidade de Cuidados Continuados (UCC), Unidade de Convalescença e pediátrico (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Esta unidade curricular teve como objetivo geral o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; melhora contínua da qualidade; gestão de cuidados; e, por último, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Além disso, serviu o objetivo específico de desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos contextos da prática de cuidados; capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; e, por fim, maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Relativamente ao objetivo geral de desenvolver as competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação no domínio da deglutição, tema central deste relatório, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- I) Desenvolver competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa com compromisso na deglutição;
- II) Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos de enfermagem na pessoa com compromisso na deglutição;
- III) Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e planear intervenções na pessoa com compromisso na deglutição;
- IV) Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com

compromisso na deglutição;

V) Desenvolver competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com compromisso na deglutição.

O processo de desenvolvimento profissional especializado tem por base o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Este regulamento apresenta-se como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados especializados e, como um referencial para a reflexão sobre a prática especializada. Desta forma, foram identificados os seguintes enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do EEER: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A teoria das transições (Meleis et al., 2000) e a teoria do autocuidado (Orem, 2001) serviram como guia orientador da prática de cuidados especializados e revelaram-se elementos estruturantes para a qualidade do exercício profissional.

No âmbito do projeto individual, a opção pela temática da deglutição teve como principal interesse a aquisição de conhecimentos e competências neste domínio, no sentido de produzir ganhos em saúde através de futuras práticas clínicas enquanto EEER. Como veremos de seguida, o compromisso da deglutição é uma condição frequente e transversal a diversos contextos clínicos. Deste modo, importa que o EEER identifique precocemente o compromisso da deglutição, planeie e implemente um plano de reabilitação especializado a fim de diminuir o tempo de internamento, custos em saúde e a taxa de mortalidade.

Primeiramente, importa distinguir os conceitos de disfagia e deglutição comprometida. A disfagia é um termo da área disciplinar de medicina que caracteriza a presença de alterações numa das fases da deglutição, sendo esta classificada como orofaríngea ou esofágica com base na sua localização (Jameson et al., 2020). Por sua vez, deglutir é descrito pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como a “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago”. O conceito de deglutição comprometida está presente na linguagem classificada como um diagnóstico de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019).

O compromisso na deglutição pode derivar de várias condições médicas por causas neurológicas, imunológicas, oncológicas, gastroesofágicas ou iatrogénicas (Wilkinson et al., 2021). Ao longo do relatório será abordado um caso clínico acerca de uma pessoa com deglutição comprometida decorrente de um acidente vascular cerebral (AVC).

A prevalência de compromisso na deglutição após o AVC é de 42% (Banda et al., 2022). Este compromisso associa-se ao aumento do risco para desenvolver pneumonia por aspiração,

malnutrição e desidratação. A par disso, destacam-se os elevados custos nos serviços de saúde relacionado com o aumento do número de dias de internamento e readmissões hospitalares (Jameson et al., 2020; Powers et al., 2019).

Segundo Banda et al. (2022), a pessoa com compromisso na deglutição após o AVC apresenta 4,35 vezes mais de probabilidade de desenvolver pneumonia por aspiração e 4,08 vezes mais de probabilidade de mortalidade, em comparação com a pessoa sem compromisso.

A deglutição comprometida possui igualmente um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa após AVC, sendo esta cada vez menor à medida que a gravidade do compromisso aumenta. Porém, a qualidade de vida melhora significativamente após a pessoa iniciar o processo de reabilitação (Al Rjoob et al., 2022).

A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência inclui o direito à reabilitação, mas refere que o acesso à reabilitação varia em toda a Europa (Norrving et al., 2018). O atendimento em unidade de AVC por uma equipa multidisciplinar coordenada e especializada é caracterizada por programas de reabilitação mais eficientes e com um maior envolvimento do cuidador. Além disso, o internamento em unidade de AVC associa-se a uma menor taxa de mortalidade, tempo de internamento e grau de dependência nos autocuidados (Langhorne et al., 2020).

Desta forma, no âmbito do desenvolvimento de competências específicas do EEER, justifica-se a pertinência em aprofundar a temática da deglutição comprometida. O presente relatório foi elaborado na plataforma e4Nursing, uma ferramenta de documentação de cuidados suportada na Ontologia de Enfermagem. Do ponto de vista metodológico, com a finalidade de suportar a prática clínica na melhor evidência, foram utilizadas as bases de dados *ScienceDirect* e *PubMed*.

O presente documento encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo eles, a caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios; apresentação do caso clínico e a explanação do processo de tomada de decisão no âmbito da deglutição comprometida; reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER; e, por último, a síntese final do relatório.

Para concluir, pretende-se que este relatório seja um contributo significativo na área de Enfermagem de Reabilitação, através da descrição do percurso curricular para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER. Uma vez que, o relatório de estágio explana o processo de reabilitação da pessoa com deglutição comprometida, optou-se por intitular o mesmo de “Deglutição comprometida e o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação”.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

No presente capítulo serão caracterizados os contextos clínicos onde decorreu a unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - módulo II”. Para a mesma unidade curricular contabilizaram-se 400 horas de estágio, distribuídas por seis contextos clínicos que serão descritos de seguida.

Contexto cardiorrespiratório

O primeiro contexto de estágio decorreu num serviço de reabilitação respiratória, de 16 de setembro de 2024 a 1 de outubro de 2024, apresentando uma carga horária de 63 horas.

O serviço de reabilitação respiratória é constituído por onze Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que intervêm tanto em regime de ambulatório como no serviço de internamento de pneumologia. O método de trabalho utilizado é o individual. O EEER integra a equipa multidisciplinar composta por pneumologistas, assistente social, psicóloga e nutricionista.

O serviço disponibiliza três programas em regime de ambulatório, o programa de reeducação funcional respiratória e técnicas de mobilização de secreções da via aérea, programa de treino de *endurance* e o programa de fortalecimento muscular de baixa intensidade.

As pessoas são referenciadas da consulta externa de pneumologia ou cardiorrespiratória, fazendo-se acompanhar de um documento com informações sobre o motivo de referência e dados relevantes dos exames complementares de diagnóstico. De seguida, as pessoas são inseridas no programa mais adequado à sua condição clínica e, posteriormente, é realizado um plano de intervenção individualizado dentro do programa selecionado.

O programa de reeducação funcional respiratória e técnicas de mobilização de secreções da via aérea tem a duração de dez sessões. No momento de admissão são preenchidos instrumentos de avaliação como o *London Chest Activity of Daily Living*, *EuroQol* e *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire*, com o intuito de se avaliar os ganhos em saúde no final do programa.

Encontram-se disponíveis quatro marquesas, estando uma delas numa divisão isolada, e encontram-se destacados três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. De forma a facilitar a dinâmica do serviço, existe uma grelha com as marcações e disponibilidades conforme o rácio EEER-doente. Entre sessões encontra-se protocolado um intervalo para a higienização da sala.

O programa de treino de *endurance* e o programa de fortalecimento muscular de baixa

intensidade decorre no ginásio do serviço de reabilitação respiratória, tendo a duração total de um ano, sendo realizadas 20 sessões no ginásio e os restantes nove meses por acompanhamento telefónico.

No ginásio o rácio é de um EEER para dois doentes. Caso seja necessário, existe um pneumologista a dar apoio às sessões. Durante os treinos é avaliado frequentemente a perceção de esforço e dispneia, segundo a escala de *Borg* modificada. Para estes dois últimos programas são disponibilizadas sessões de formação teórico-práticas no âmbito da autogestão da doença.

Relativamente aos recursos materiais, o serviço de reabilitação respiratória dispõe de eletrocardiograma, monitor que avalia a saturação periférica de oxigénio, cicloergómetro de braços, bicicletas estáticas, passadeira, máquina de quadricípites e dorsais, espelhos quadriculados, cadeiras e bancos sem apoio, halteres, faixas, bandas elásticas, bastões, caneleiras, rolos de posicionamento, almofadas de várias dimensões e cronómetro. No que respeita aos dispositivos respiratórios, encontram-se disponíveis o inspirómetro de incentivo, *threshold*, *flutter*, *peak flow meter* e *power ball*.

Contexto musculoesquelético

O estágio em contexto musculoesquelético decorreu de 2 de outubro de 2024 a 18 de outubro de 2024, apresentando uma carga horária de 70 horas.

O serviço de ortopedia é constituído por trinta camas e possui dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Cada EEER é responsável pelo processo de reabilitação de 15 doentes, sendo o método de trabalho utilizado o individual.

Encontram-se disponíveis no serviço vários recursos no âmbito do treino de marcha, tais como, corrimão, andarilhos, canadianas, degraus ou cintos de transferência. Além disso, o serviço suporta a prática clínica em protocolos institucionais aprovados pela equipa multidisciplinar.

Contexto neurológico

O estágio em contexto neurológico decorreu de 21 de outubro de 2024 a 15 de novembro de 2024, apresentando uma carga horária de 112 horas.

Na unidade de AVC exercem dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, que intervêm na unidade de AVC, serviço de neurologia e no serviço de nefrologia. O método de trabalho utilizado é o individual.

A unidade AVC é constituída por 12 camas destinadas a doentes na fase aguda após o AVC. De salientar que, por não existir unidade de AVC em Unidades Locais de Saúde próximas, os doentes de áreas geográficas próximas são transferidos para esta unidade em questão. Já o serviço de neurologia é composto por oito camas, destinadas a doentes transferidos da unidade de AVC ou doentes que foram admitidos por outras patologias neurológicas. Após a

estabilização clínica do doente internado na unidade de AVC, o mesmo pode ser transferido para o serviço de neurologia ou para o serviço de medicina, dependendo da sua condição clínica e do número de vagas existentes em cada serviço.

O EEER integra a equipa multidisciplinar no âmbito da reabilitação da pessoa após o AVC, na qual se inclui o fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta da fala e o terapeuta ocupacional. O serviço dispõe de vários recursos materiais como pedaleiras, espelho quadriculado, objetos multissensoriais ou livros de treino cognitivo e linguagem.

Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio em contexto de UCC, nomeadamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), decorreu de 18 de novembro de 2024 a 11 de dezembro de 2024, apresentando uma carga horária de 98 horas.

Segundo o Decreto-Lei nº 116/2021, a ECCI integra uma equipa multidisciplinar destinada à prestação de serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não podem deslocar-se de forma autónoma, mas que reúnem condições domiciliárias para a prestação de cuidados. As pessoas alvo de cuidados são referenciadas para a ECCI através da equipa coordenadora local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta referenciação pode ter início na equipa de gestão de altas do centro hospitalar, unidade de saúde familiar ou na unidade de cuidados de saúde personalizados.

Relativamente aos recursos humanos, a ECCI é constituída por seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e o método de trabalho utilizado é o de gestor de caso. No que se refere aos recursos físicos, a equipa possui viaturas de deslocação e vários materiais para a realização de programas de reabilitação como oxímetros, pedaleiras, bastões ou halteres. Porém, observou-se que certos recursos materiais também poderiam ser adaptados de objetos que as pessoas possuem no domicílio, como o uso de um cabo de vassoura para substituir o bastão.

De entre os projetos desenvolvidos pela UCC, destaca-se o programa da pessoa com doença respiratória crónica. Durante oito a dez semanas, são disponibilizadas sessões de reabilitação individuais ou em grupo, tanto no domicílio como na UCC. Este programa visa promover a autogestão da doença, uma medida essencial para prevenir episódios de exacerbações e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados.

O programa de prevenção de quedas integra pessoas com episódios de quedas e com alto risco segundo a escala de Morse. Através deste programa, pretende-se intervir nos fatores concorrentes para a ocorrência de quedas, como a diminuição da força muscular, equilíbrio comprometido ou a presença de barreiras arquitetónicas.

Por fim, articulado com a instituição hospitalar, o programa da pessoa após o AVC pretende

apoiar o regresso ao domicílio de forma segura. Durante o programa, são abordadas temáticas no âmbito do regime terapêutico, autocuidado, vigilância de fatores cardiovasculares, prevenção de quedas ou a sexualidade.

Unidade de Convalescença

O estágio em contexto de unidade de convalescença decorreu de 12 de dezembro de 2024 a 19 de dezembro de 2024, apresentando uma carga horária de 35 horas.

A unidade de convalescença constitui outra das respostas integradas na RNCCI. De acordo com o Decreto-Lei nº 136/2015, esta unidade dirige-se a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessitam de cuidados hospitalares agudos.

Atualmente, existe apenas um EEER a exercer em regime parcial. O método de trabalho é o individual. Relativamente aos recursos materiais, a unidade dispõe de materiais como cintos de transferência, bastões, talas de *Margareth* ou almofada multissensorial.

O EEER é responsável pelo processo de reabilitação de 20 pessoas. Todos eles usufruem de serviços prestados por fisioterapeutas e de atividades de convívio e de lazer com a animadora sociocultural.

Contexto pediátrico

O estágio em contexto pediátrico decorreu de 6 de janeiro de 2025 a 10 de janeiro de 2025, apresentando uma carga horária de 28 horas.

O serviço de pediatria médica é constituído por 20 camas, sendo os quartos individuais com possibilidade de acomodação de um dos pais ou representante legal. Observou-se que a participação ativa e o envolvimento dos pais/representante legal é extremamente relevante para o processo de reabilitação do lactente, criança ou adolescente.

Encontra-se destacado um EEER para o serviço, utilizando este profissional o método individual de trabalho. O EEER integra a equipa multidisciplinar constituída por pediatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistente social, animadora sociocultural e professores.

Para garantir o sucesso das intervenções especializadas, observou-se que o EEER necessita de conciliar a intervenção especializada com atividades dinâmicas e criativas. Os recursos materiais utilizados para concretizar as intervenções podem incluir palhinhas, balões, brinquedos apropriados ao desenvolvimento da pessoa alvo de cuidados ou dispositivos mecânicos para mobilização de secreções da via aérea como o *cough assist*.

3. CASO CLÍNICO

O caso clínico refere-se a uma pessoa do sexo masculino, 79 anos, reformado da profissão de chapeiro e casado. Vive com a esposa e possui 2 filhos que vivem perto do casal. Como antecedentes relevantes apresenta hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, ex-fumador há 10 anos, estenose aórtica severa com prótese biológica aórtica nº23 em 2012, insuficiência cardíaca, bloqueio auriculo-ventricular de 1º grau, hiperplasia benigna da próstata. Previamente independente nos autocuidados. Recorreu a 16/10 ao serviço de urgência por tonturas na posição ortostática, desequilíbrio na marcha, nistagmo horizontal na levoversão, parésia facial periférica direita, deglutição comprometida para líquidos e disartria, sintomatologia com um mês de evolução. Na admissão, NIHSS de pontuação total 6: acordado (0); responde corretamente a questões (0); cumpre ordens (0); parésia parcial do olhar conjugado (1); sem perda visual (0); parésia facial periférica direita (3); sem queda nos membros superiores (0); sem queda nos membros inferiores (0); dismetria direita no teste dedo-nariz (1); sem perda de sensibilidade (0); sem afasia (0); disartria leve (1); sem extinção ou desatenção (0). Admitido a 17/10 na unidade de AVC após um AVC isquémico na artéria cerebral posterior esquerda. Sem indicação de trombólise ou trombectomia mecânica devido à janela temporal. Submetido a 22/10 a angioplastia com stenting da artéria vertebral direita do segmento V3. Recanalização, com estenose residual de 25%. A TC-CE após procedimento não demonstrou indícios de complicações isquémicas ou hemorrágicas. A avaliação inicial do Sr. M.F. decorreu a 24/10, ao 9º dia após o evento. A segunda avaliação ocorreu a 2/11, ao 18º dia após o evento. A seleção deste caso clínico irá incidir sobre a temática da deglutição comprometida, tema central no desenvolvimento do presente relatório. Porém, em consonância com as necessidades de cuidados da pessoa foram contemplados outros domínios.

3.1. Enquadramento teórico

Conforme referido anteriormente, o caso clínico é referente ao Sr. M.F. que foi admitido na Unidade de AVC após um AVC isquémico na artéria cerebral posterior esquerda. Atendendo ao processo patológico da pessoa alvo de cuidados, será explanada em seguida a fisiopatologia do AVC e qual o seu impacto nos processos corporais e, conseqüentemente, quais as necessidades de cuidados de reabilitação, nomeadamente no domínio da deglutição. Além disso, serão abordados os fatores facilitadores e inibidores que influenciam o processo de transição saúde-doença.

A pessoa com AVC na artéria cerebral posterior

O AVC representa a segunda principal causa de morte e a terceira causa de incapacidade a nível mundial. Verifica-se uma tendência crescente desta patologia cerebrovascular, nomeadamente na faixa etária dos 18 aos 50 anos, tendo aumentado cerca de 50% na última década. Este fenómeno pode ser atribuível a fatores de risco tratáveis e modificáveis como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dieta rica em sódio, inatividade física, tabagismo ou obesidade. Os fatores de risco ambientais, como a exposição ao chumbo ou a temperaturas atmosféricas extremas, também se assumem como fatores importantes para o desenvolvimento do AVC (Hilkens et al., 2024; Norrving et al., 2018).

Dependendo do mecanismo fisiopatológico, o AVC classifica-se como hemorrágico ou isquémico. O AVC hemorrágico caracteriza-se pela presença de hemorragia intracerebral ou subaracnoídea devido à rutura de um vaso sanguíneo. A hipertensão arterial e a angiopatia amilóide cerebral são as principais causas de hemorragia intracerebral. Enquanto, a malformação arteriovenosa e o aneurisma cerebral são as principais causas de hemorragia subaracnoídea (Hilkens et al., 2024).

Por sua vez, o AVC isquémico, com alto risco de recorrência, é responsável por 60% a 70% de todos os acidentes vasculares cerebrais. Este tipo de AVC é motivado pela isquemia cerebral, isto é, ocorre irrigação insuficiente ou interrupção do fluxo sanguíneo de uma determinada área cerebral devido a eventos trombóticos ou embólicos numa artéria cerebral (Hilkens et al., 2024; Jameson et al., 2020).

O AVC isquémico é classificado como trombótico quando ocorre oclusão de uma artéria cerebral por um trombo *in situ*. Por outro lado, o AVC isquémico de causa embólica é o mais comum e, caracteriza-se pela oclusão de uma artéria cerebral devido à deslocação de um êmbolo de outra região do corpo (Chung, 2017).

O cérebro é irrigado pela circulação anterior e posterior, que se interliga para formar o polígono de Willis. As manifestações do AVC são variáveis em função da anatomia e da vasculatura do cérebro (Chung, 2017; Jameson et al., 2020). Neste sentido, como o Sr. M.F. apresenta um AVC isquémico na artéria cerebral posterior esquerda irá ser explorada a anatomia da circulação posterior.

A circulação posterior é composta por duas artérias vertebrais, artéria basilar e duas artérias cerebrais posteriores. A artéria vertebral, proveniente do tronco braquicefálico à direita e da artéria subclávia esquerda, divide-se em quatro segmentos. O Sr. M.F. realizou uma angioplastia com colocação de *stent* no segmento V3 da artéria vertebral direita devido à sub-occlusão do segmento V4 da artéria vertebral direita (Jameson et al., 2020).

As artérias vertebrais direita e esquerda, derivam das artérias subclávias e passam através dos buracos transversos da coluna cervical e entram no espaço intracraniano através do forame

Magno, ramificam-se para formar as artérias que se dirigem para o cerebelo e depois reúnem-se na linha média para formar a artéria basilar. Depois de originar ramos para a protuberância e para o cerebelo, a artéria basilar bifurca-se, formando as artérias cerebrais posteriores. As artérias cerebrais posteriores irrigam o cerebelo, ponte, mesencéfalo, subtálamo, tálamo, lobo occipital e o lobo temporal (Carvalho & Cruz, 2020; Jameson et al., 2020; Seeley et al., 2016).

A artéria cerebral posterior divide-se no segmento P1 e P2. No segmento P1, a lesão envolve o subtálamo, tálamo e o mesencéfalo, o que pode traduzir-se na lesão do nervo craniano oculomotor, ataxia contralateral ou hemiplegia contralateral. Por outro lado, no segmento P2, a lesão envolve o lobo temporal e occipital, sendo a manifestação mais comum a hemianopsia homónima contralateral (Jameson et al., 2020).

A lesão do mesencéfalo, estrutura irrigada pelos ramos proximais das artérias cerebrais posteriores, causa síndrome de *Weber*, ou seja, existe compromisso do nervo craniano oculomotor e hemiparesia contralateral. As lesões do nervo craniano oculomotor são categorizadas em nucleares ou infra-nucleares. Na lesão nuclear ocorre parésia unilateral do nervo craniano oculomotor associada à diminuição da força muscular do músculo reto superior ipsilateral e contralateral e, ptose palpebral bilateral. Já a lesão infra-nuclear caracteriza-se pelo envolvimento de todos os músculos ipsilaterais inervados pelo nervo craniano oculomotor (Carvalho & Cruz, 2020).

O Sr. M.F. apresenta igualmente oclusão do terço proximal da artéria basilar. Os ramos da artéria basilar irrigam a ponte e a parte superior do cerebelo. Podem ocorrer lesões ateromatosas ao longo da artéria basilar, porém as mais frequentes são no segmentos basilar proximal e vertebral distal. As manifestações clínicas variam de acordo com a disponibilidade do fluxo colateral retrógrado pelas artérias comunicantes posteriores. A oclusão da artéria basilar proximal provoca vertigens, diplopia, disartria, parestesias faciais e sintomas hemissensitivos (Jameson et al., 2020).

A admissão em instituições hospitalares especializadas reduz o risco de incapacidade e mortalidade, independentemente da gravidade do AVC e da faixa etária. Uma das metas para 2030 é realizar o tratamento de pelo menos 90% das pessoas com AVC na Europa em unidades de AVC, como primeiro nível de atendimento, e garantir o acesso a tratamentos de recanalização a 95% das pessoas elegíveis (Norrving et al., 2018).

Os tratamentos de recanalização pretendem reverter a penumbra isquémica. A penumbra isquémica consiste na área que circunda o território isquémico. Esta área de hipoperfusão tem potencial de se tornar novamente viável se o fluxo sanguíneo for restabelecido dentro de um limite temporal (Jameson et al., 2020).

Uma vez definido o diagnóstico de AVC isquémico, com exclusão de hemorragia intracerebral, a pessoa é candidata a tratamento endovascular. Na admissão é importante questionar sobre o

período de início dos sintomas neurológicos, uma vez que, este influencia a realização de procedimentos como a trombólise e a trombectomia (Jameson et al., 2020; Powers et al., 2019).

A trombólise com alteplase permite a reperfusão por decomposição de um trombo ou êmbolo. Este procedimento deve ser realizado o mais precocemente possível na fase aguda do AVC isquémico, pois a administração precoce promove o restabelecimento do fluxo sanguíneo e aumenta a probabilidade de regressão dos défices neurológicos instalados. Diretrizes europeias recomendam a sua utilização antes da trombectomia mecânica e, até 4 horas e 30 minutos após o início de sintomas (Berge et al., 2021; Powers et al., 2019).

A oclusão de artérias de grande calibre envolve normalmente trombos ou êmbolos de grandes dimensões. Por este motivo, a trombólise com alteplase pode não ser suficiente para restaurar o fluxo sanguíneo. A trombectomia mecânica é um procedimento através do qual é removido o trombo ou êmbolo que interrompe o fluxo sanguíneo da artéria ocluída, por colocação de um cateter com *stent*. Este procedimento pode ser realizado até 24 horas após o início de sintomas (Hilkens et al., 2024; Jameson et al., 2020).

Após a identificação dos compromissos subjacentes ao AVC e do tratamento endovascular, as diretrizes europeias recomendam que a pessoa inicie o mais precocemente possível o processo de reabilitação com uma equipa multidisciplinar (Powers et al., 2019). Um dos objetivos do plano de ação para AVC na Europa 2018-2030 consiste em garantir que, pelo menos, 90% da população tenha acesso à reabilitação precoce dentro da unidade de AVC (Norrving et al., 2018).

Inicialmente, importa identificar as necessidades de intervenção com o objetivo de otimizar ou reeducar as funções comprometidas. De seguida, definir os objetivos individualizados e realistas do processo de reabilitação, em colaboração com a pessoa alvo de cuidados e o cuidador, de modo a conceber um plano de intervenção ajustado às suas necessidades (Li et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

O AVC categoriza-se em três fases com objetivos distintos para o processo de reabilitação. A fase aguda compreende as primeiras 24 horas até à primeira semana após o AVC. Neste período, os principais objetivos são a estabilização hemodinâmica e a prevenção de complicações. As intervenções do EEER centram-se na execução de exercícios musculoesqueléticos e assistir a pessoa nos autocuidados comprometidos. A fase subaguda, que decorre da primeira semana até ao sexto mês após o AVC, pretende promover a autonomia para os autocuidados comprometidos e recuperar os défices neurológicos. Nesta fase são nomeados os diagnósticos e planeadas as intervenções em domínios como a força muscular, equilíbrio, autocuidado, cognição, comunicação verbal ou deglutição. Por último, a fase crónica, que se inicia seis meses após o AVC, objetiva continuar o processo de reabilitação a longo prazo e gerir a incapacidade instalada (Li et al., 2024a).

O Sr. M.F. encontra-se na fase subaguda do AVC. Esta fase compreende a janela limitada no tempo de elevada neuroplasticidade em que a pessoa apresenta maior responsividade ao treino motor intenso, até aos três meses após o AVC (Dromerick et al., 2021). Por este motivo e sendo o domínio da deglutição o tema central deste relatório de estágio, importa aprofundar primeiramente a sua anatomofisiologia e, de seguida, o processo de reabilitação da pessoa com deglutição comprometida com o propósito de suportar a tomada de decisão especializada do EEER.

Anatomofisiologia da deglutição

A deglutição caracteriza-se por uma rápida e coordenada sequência de ações neuromusculares que, para além de assegurarem a função nutricional, permitem a limpeza da cavidade oral e da faringe. Este mecanismo inicia-se na cavidade oral e termina com a entrada do bolo alimentar no estômago (Chhetri & Dewan, 2019).

O percurso normal do bolo alimentar depende da sua consistência, tamanho, calibre das estruturas, movimentos peristálticos e do funcionamento do esfíncter esofágico superior e inferior. Neste sentido, o processo de deglutição divide-se em quatro fases, a fase oral preparatória, oral propulsiva, faríngea e a esofágica (Hall & Hall, 2021; Jameson et al., 2020).

A fase oral preparatória inicia-se com a introdução do alimento na cavidade oral. A cavidade oral é delimitada anteriormente pelos lábios; posteriormente pela orofaringe, garganta e pela abertura da faringe; lateralmente pelas bochechas; superiormente pelo palato mole e palato duro; e inferiormente pelo pavimento muscular (Seeley et al., 2016).

Previamente à introdução do alimento na cavidade oral, o mesmo estimula os recetores olfativos presentes na mucosa da cavidade nasal, através do odor (Adler & Webb, 2017). Após a introdução do alimento na cavidade oral, o paladar do alimento é percecionado pelas células recetoras especializadas presentes no interior dos botões gustatórios. Os botões gustatórios encontram-se nas margens laterais e no dorso da língua, palato, faringe, laringe e porção superior do esófago. As partículas dos alimentos inserem-se na abertura dos botões gustatórios e ligam-se aos recetores nas microvilosidades. Essa conexão liberta neurotransmissores que são enviados para o córtex cerebral através dos nervos cranianos facial, glossofaríngeo e vago (Doty & Bromley, 2020).

Adicionalmente, a presença de conteúdo alimentar na cavidade oral estimula os recetores sensoriais que ativam o reflexo bulbar integrado no tronco cerebral, o que desencadeia a mastigação. A mastigação é o mecanismo através do qual os alimentos introduzidos na cavidade oral são triturados pelos dentes. Auxilia a digestão do bolo alimentar, uma vez que, as enzimas digestivas só atuam nas superfícies das partículas dos alimentos. No decorrer deste

mecanismo, são mobilizados os músculos temporal, masséter e pterigóideo lateral e medial (Hall & Hall, 2021; Seeley et al., 2016).

Os dentes desempenham um papel ativo na mastigação. Os dentes anteriores, incisivos, possibilitam a ação de corte dos alimentos e os posteriores, molares, possibilitam a trituração. Portanto, deve ser avaliado o estado dentário da pessoa, uma vez que, a falta de peças dentárias pode comprometer a modificação do alimento em bolo alimentar (Hall & Hall, 2021; Seeley et al., 2016).

Por sua vez, a língua assume um papel igualmente importante, pois é responsável pela movimentação dos alimentos na cavidade oral. Juntamente com o músculo bucinador, a língua mantém o conteúdo alimentar no lugar adequado para que os dentes cumpram a sua função (Seeley et al., 2016).

Como referido anteriormente, a fase oral preparatória contempla a introdução do alimento na cavidade oral, a modificação dos alimentos em bolo alimentar, ensalivação e a preparação do bolo alimentar para ser propelido para a faringe (Jameson et al., 2020). Durante esta fase, é essencial a contração dos músculos da mastigação e do músculo orbicular para que ocorra o encerramento labial completo durante a deglutição, a fim de evitar o escape anterior do conteúdo alimentar na cavidade oral, um sinal de compromisso na deglutição (Chhetri & Dewan, 2019).

O tempo de duração desta fase depende sobretudo da consistência do alimento, se é sólido ou líquido. Ao introduzirmos um líquido na cavidade oral, este fica em repouso na porção anterior do pavimento oral e na superfície da língua contra o palato duro, estando cercado anteriormente pela arcada dentária superior e, posteriormente, pelo contacto da língua com o palato mole. O posicionamento do líquido entre as estruturas anteriormente mencionadas evita que ocorra fuga do mesmo para a faringe, o que protege a via aérea. Por outro lado, quando os alimentos são sólidos, os mesmos sofrem múltiplas movimentações por parte da língua. Através da mastigação e ensalivação, o alimento divide-se em partículas menores e forma um bolo alimentar com as características adequadas ao mecanismo de deglutição (Chhetri & Dewan, 2019).

A fase oral preparatória é inervada pelos nervos cranianos olfativo, trigémio, facial, glossofaríngeo e hipoglosso (Adler & Webb, 2017; Chhetri & Dewan, 2019).

O nervo craniano trigémio é um nervo misto que tem origem na face ântero-lateral da ponte. É constituído pelo ramo oftálmico, maxilar e mandibular. Apenas o ramo maxilar e mandibular estão envolvidos no processo de deglutição. O ramo maxilar confere sensibilidade à região maxilar, lábio superior, bochechas, palato e à arcada dentária superior. Já o ramo mandibular inerva os músculos da mastigação e confere sensibilidade à língua, mandíbula, lábio inferior e à arcada dentária inferior. O ramo mandibular é ainda responsável pela ação dos músculos

temporal, masséter, pterigóideos lateral e medial, milo-hióideo e ventre anterior do músculo digástrico (Adler & Webb, 2017; Diccine, 2017). O músculo milo-hióideo é o principal responsável pelo suporte das estruturas da cavidade oral e ajuda a elevar o osso hióide durante a deglutição e a comunicação. As ações combinadas dos músculos anteriormente mencionados resulta na movimentação da mandíbula e, conseqüentemente, na mastigação (Chhetri & Dewan, 2019). A lesão das fibras motoras do nervo trigémio afeta a fase oral preparatória, dado que, causa paralisia dos músculos homolateral, com discreta assimetria facial. Por outro lado, caso haja lesão das fibras sensitivas, poderão ocorrer lesões na mucosa oral sem que a pessoa tenha essa percepção (Diccine, 2017; Sasegbon & Hamdy, 2017).

O nervo craniano facial possui o núcleo motor na ponte e é responsável pela inervação do ventre posterior do músculo digástrico, o que permite que a laringe se mova para cima e para trás durante a deglutição, e pela inervação dos músculos que conferem a mímica facial, tais como, orbicular, bucinador, zigomático maior e menor ou o depressor do lábio inferior. Posto isto, este nervo craniano permite realizar expressões faciais como o encerramento labial ou a contração dos músculos anteriores do pescoço, movimentos essenciais para a deglutição (Adler & Webb, 2017; Sasegbon & Hamdy, 2017). A nível sensitivo, o nervo craniano facial controla o paladar dos dois terços anteriores da língua (Chhetri & Dewan, 2019). A presença de lesões no nervo facial provoca parésia facial, apagamento do sulco nasogeniano ou nasolabial, desvio da comissura labial para o lado contralateral da lesão e lagoftalmo (Diccine, 2017).

Em complementaridade, o nervo craniano facial apresenta uma componente parassimpática que inerva as glândulas submandibulares e sublinguais responsáveis pela produção de saliva (Adler & Webb, 2017). A saliva lubrifica o alimento mastigado com o objetivo de aumentar a coesão do bolo alimentar antes da deglutição. Mais, a saliva fornece uma proteção antibacteriana importante na prevenção da colonização de microrganismos e, conseqüentemente, na prevenção do desenvolvimento de pneumonia por aspiração (Chhetri & Dewan, 2019; Seeley et al., 2016).

A pessoa pode possuir um compromisso na deglutição em resultado da dificuldade em controlar a saliva, sialorreia, ou por apresentar secura bucal, xerostomia. A presença de xerostomia interfere na fase oral, uma vez que, esta condição influencia a propulsão do bolo alimentar e aumenta o resíduo orofaríngeo (Chhetri & Dewan, 2019; Seeley et al., 2016).

A xerostomia pode ser induzida por medicamentos como anticolinérgicos, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, diuréticos ou medicamentos para a doença de Parkinson (Sasegbon & Hamdy, 2017). Por este motivo, o enfermeiro especialista deve avaliar se a presença de xerostomia é causada pela medicação administrada.

O nervo craniano glossofaríngeo é um nervo misto e tem origem no sulco lateral posterior do bulbo. Confere sensibilidade à parte posterior do véu do palato, faringe, amígdalas e paladar ao

terço posterior da língua. Inerva o músculo estilofaríngeo, que eleva e dilata a faringe. Neste nervo craniano, deve ser avaliado o reflexo de vômito, através de um leve toque na faringe e no palato dos dois lados de forma separada. A diminuição ou ausência do reflexo ipsilateral indica a presença de lesão por via aferente (Adler & Webb, 2017; Chhetri & Dewan, 2019; Diccine, 2017).

O nervo craniano hipoglosso possui um ramo motor, responsável pela inervação dos músculos extrínsecos e intrínsecos da língua. Juntos, os músculos extrínsecos e intrínsecos da língua permitem os movimentos da língua durante a mastigação, deglutição e comunicação (Chhetri & Dewan, 2019). Este nervo craniano inerva também os músculos esternotireóideo, esternohióideo e o omo-hióideo, responsáveis pela elevação e depressão da laringe (Adler & Webb, 2017).

De seguida, na fase oral propulsiva, o bolo alimentar é direcionado pela língua, desde a cavidade oral até à orofaringe (Jameson et al., 2020). A orofaringe é uma das três porções da faringe que comunica superiormente com a nasofaringe e anteriormente com a cavidade oral. A orofaringe apresenta um papel fundamental na deglutição eficaz, pois é através desta estrutura que o bolo alimentar passa para o esófago sem ser direcionado para a traqueia (Chhetri & Dewan, 2019; Seeley et al., 2016).

Ainda, nesta fase os músculos da mastigação e os músculos supra-hióideos são ativados de forma a estabilizar a mandíbula e a língua. A fase oral propulsiva encontra-se igualmente dependente da inervação dos nervos cranianos trigémio, facial e hipoglosso (Jameson et al., 2020).

Quando o bolo alimentar está pronto a ser deglutido, ele é voluntariamente comprimido e empurrado para trás, em direção à faringe, pela pressão da língua para cima e para trás contra o palato mole (Hall & Hall, 2021; Seeley et al., 2016). A lesão no nervo craniano hipoglosso compromete a propulsão do bolo alimentar em direção à faringe (Chhetri & Dewan, 2019).

De cada lado da faringe existem pregas palatofaríngeas. As pregas palatofaríngeas são empurradas medialmente de forma a se aproximarem e formarem uma fenda sagital. Esta fenda apresenta uma ação seletiva, pois só permite que o conteúdo alimentar suficientemente mastigado seja propelido para a parte posterior da faringe (Hall & Hall, 2021). Até esta fase, a fase oral preparatória e a fase oral propulsiva são de controlo voluntário e, por isso, encontram-se dependentes do estado de consciência da pessoa (Christmas & Rogus-Pulia, 2019). A partir desta etapa, a deglutição torna-se um processo involuntário que, em condições normais, não é interrompido (Hall & Hall, 2021).

Ao atingir a parte posterior da cavidade oral e a faringe, o bolo alimentar estimula áreas táteis, nomeadamente os pilares tonsilares, para dar início à fase faríngea. A faringe divide-se em três porções, a nasofaringe, orofaringe e laringofaringe. O conteúdo alimentar atravessa somente a

orofaringe e a laringofaringe (Chhetri & Dewan, 2019; Seeley et al., 2016).

Iniciada a fase faríngea, a informação é transmitida da parte posterior da cavidade oral e da faringe, através de porções sensoriais dos nervos cranianos trigémio e glossofaríngeo, para o bulbo. Chegada essa informação, são gerados potenciais de ação nos neurónios motores para o palato mole e faringe, conduzidos pelos nervos cranianos trigémio, glossofaríngeo e vago (Hall & Hall, 2021; Jameson et al., 2020; Seeley et al., 2016).

Após este mecanismo, decorre uma sequência coordenada de movimentos musculares e a respiração é interrompida transitoriamente. De modo a existir um mecanismo eficaz de proteção da via aérea, deve existir uma coordenação eficaz entre a deglutição e a respiração. Assim, a respiração é interrompida durante a deglutição, normalmente na fase expiratória, por inibição neural da respiração no tronco cerebral, sendo retomada quando o bolo alimentar entra no esófago (Hall & Hall, 2021).

Iniciam-se uma série de contrações musculares faríngeas autónomas. Nesta fase, a faringe encontra-se elevada e o esfíncter esofágico superior relaxado, o que impulsiona, por contração da parede muscular faríngea, o bolo alimentar para o esófago (Hall & Hall, 2021). Mais, durante a fase faríngea, o palato mole eleva-se, encerrando o esfíncter velofaríngeo para prevenir o refluxo do bolo alimentar para a nasofaringe. As cordas vocais aproximam-se e a laringe é puxada para cima e para a frente pelos músculos cervicais (Hall & Hall, 2021; Seeley et al., 2016). A inervação das cordas vocais é realizada pelo nervo laríngeo superior do nervo craniano vago. O nervo laríngeo superior protege a via aérea durante a deglutição e desencadeia reflexos que auxiliam na limpeza de qualquer resíduo de bolo alimentar possível de ser direcionado para a via aérea (Adler & Webb, 2017).

Este mecanismo, juntamente com a presença de ligamentos que impedem o movimento da epiglote para cima, conduzem ao movimento para trás da epiglote, na direção da laringe. A epiglote é uma estrutura que se localiza posteriormente ao osso híóide e a sua porção caudal desloca-se no sentido posterior, inclinando-se sobre a abertura da laringe devido à força que o bolo alimentar realiza sobre ela e, assim, protege a via aérea com a sua oclusão (Hall & Hall, 2021; Seeley et al., 2016).

Após a deglutição, a presença de bolo alimentar em estruturas que se encontram aparentemente encerradas indica a presença de um compromisso na deglutição (Adler & Webb, 2017). A penetração ocorre quando o bolo alimentar entra no vestíbulo laríngeo, mas não se desloca para baixo das cordas vocais inferiores e para a traqueia. Por outro lado, a aspiração ocorre quando o bolo alimentar entra no vestíbulo laríngeo e desloca-se para a traqueia e para os pulmões. A entrada do bolo alimentar na via aérea desencadeia tosse, no entanto, pessoas com compromisso na deglutição e sensibilidade laríngea comprometida não possuem os mecanismos necessários para responder eficazmente à invasão da via aérea, podendo desenvolver pneumonia por aspiração (Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Por fim, na fase esofágica, após o relaxamento do esfíncter esofágico superior e a entrada do bolo alimentar na porção superior do esófago, inicia-se o relaxamento do esfíncter esofágico inferior. Este último esfíncter permanece nesta condição, até que, todo o conteúdo alimentar entre no estômago, terminando assim a última fase da deglutição (Hall & Hall, 2021; Jameson et al., 2020).

Anatomicamente, o esófago estende-se desde a faringe até ao estômago e situa-se no mediastino, anteriormente às vertebrae e posteriormente à traqueia. A entrada e saída de conteúdo alimentar do esófago é controlada, tal como anteriormente mencionado, pelos esfíncteres esofágico superior e inferior (Seeley et al., 2016). A musculatura do terço superior do esófago é constituída por músculo estriado esquelético, sendo controlado por impulsos das fibras motoras dos nervos cranianos glossofaríngeo e vago. Os dois terços inferiores do esófago são constituídos por músculo liso e a região é controlada por impulsos das fibras motoras do nervo craniano vago, que atuam através de conexões com o plexo mioentérico (Hall & Hall, 2021).

O nervo craniano vago é um nervo misto com fibras motoras, sensitivas e autónomas. As fibras motoras são responsáveis pela inervação, juntamente com o nervo craniano glossofaríngeo, dos músculos do palato mole, faringe e laringe, tendo também um papel ativo no reflexo de vômito e tosse. A diminuição ou ausência do reflexo de vômito aumenta o risco de aspiração. Já as fibras sensitivas conferem sensibilidade à mucosa da laringe e à porção inferior da faringe. Este nervo craniano apresenta uma função primordial no reflexo de deglutição e na movimentação simétrica das cordas vocais (Adler & Webb, 2017; Diccine, 2017).

Os movimentos peristálticos que se iniciam na faringe e se prolongam para o esófago em resultado do processo de deglutição, são designados por peristaltismo primário. Porém, caso o peristaltismo primário não seja suficiente para mover o conteúdo alimentar para o estômago, inicia-se o peristaltismo secundário. O peristaltismo secundário resulta da distensão da parede esofágica pelo alimento retido, essas ondas peristálticas continuam até que todo o conteúdo alimentar saia do esófago (Hall & Hall, 2021).

Para concluir, a deglutição é um mecanismo complexo e qualquer interferência numa das fases anteriormente referidas pode provocar um compromisso do processo de deglutição.

Reabilitação da pessoa com deglutição comprometida

A deglutição comprometida é uma complicação importante e frequente após o AVC. Devido ao aumento do risco para o desenvolvimento de complicações como pneumonia por aspiração, malnutrição e desidratação, a deglutição comprometida está associada ao aumento da taxa de mortalidade, aumento do tempo de internamento e menor qualidade de vida (Dziewas et al., 2021; Powers et al., 2019).

A inadequada higiene oral é mais frequente nas pessoas com compromisso na deglutição, comparativamente às pessoas sem compromisso. Esta condição agrava-se em pessoas com maior grau de dependência nos autocuidados. Deste modo, devido ao risco de colonização oral por agentes patogénicos, recomenda-se a implementação de protocolos de higiene oral que incluam a escovagem dos dentes, hidratação da mucosa oral e a proteção da membrana mucosa. Sendo que, estes cuidados devem ser executados pelo menos duas vezes ao dia, a fim de diminuir o risco para o desenvolvimento de pneumonia por aspiração (Murray & Scholten, 2017; Oliveira et al., 2021; Powers et al., 2019).

A malnutrição apresenta-se como outra complicação decorrente do compromisso na deglutição que está presente em cerca de um quarto das pessoas após o AVC. Esta condição pode já estar presente no momento da admissão ou desenvolver-se ao longo do internamento. Após o AVC, a pessoa deve ser avaliada quanto ao risco nutricional usando instrumentos de avaliação validados, uma vez que, a malnutrição contribui para a diminuição da funcionalidade e aumento do tempo de internamento (Dziewas et al., 2021).

Em conformidade com diretrizes europeias, um consenso de peritos portugueses, com um alto nível de recomendação, preconiza que a identificação do compromisso na deglutição seja realizada o mais precocemente possível, antes de qualquer ingestão de líquido, alimento ou medicação (Dziewas et al., 2021; Oliveira et al., 2021; Powers et al., 2019). O atraso na identificação precoce aumenta o risco para o desenvolvimento de pneumonia por aspiração e malnutrição (Han et al., 2018)

Para avaliar a deglutição, o EEER deve iniciar a avaliação com a recolha de dados junto da pessoa e, preferencialmente, do cuidador. Deve ser dada preferência à aplicação de um instrumento de avaliação, uma vez que, é um método mais económico, menos invasivo e de maior acessibilidade (Christmas & Rogus-Pulia, 2019; Oliveira et al., 2021). A revisão sistemática de Oliveira et al. (2019) identifica três instrumentos de rastreio: *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Trapl et al., 2007), *Barnes-Jewish Hospital-Stroke Dysphagia Screen* (Edmiaston et al., 2014) e o *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST) (Martino et al., 2009). De salientar que, o TOR-BSST é um instrumento de avaliação de difícil acesso por se encontrar protegido devido a direitos de propriedade.

Na sequência das propriedades psicométricas, para o caso clínico selecionou-se a GUSS (Trapl et al., 2007). Esta é uma escala confiável, de alta especificidade e sensibilidade, validada para o contexto português, que permite identificar de forma não invasiva o compromisso na deglutição (Ferreira et al., 2018).

Após a aplicação do instrumento de rastreio deve ser ponderada a realização de *Videofluoroscopic Swallowing Study* (VFSS) e *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES) (Christmas & Rogus-Pulia, 2019; Oliveira et al., 2021). Encontra-se recomendada a avaliação da deglutição com VFSS ou FEES particularmente em pessoas com disartria grave,

afasia, parésia facial, compromisso cognitivo e com pontuação igual ou acima de 10 pela *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) (Dziewas et al., 2021).

A VFSS é um exame complementar de diagnóstico *gold standard* para a identificação do risco de aspiração. Este exame visualiza todas as fases da deglutição e determina o tempo de progressão oral, faríngeo e de encerramento do vestíbulo laríngeo. Além disso, permite definir qual a melhor estratégia para melhorar a segurança e eficácia da deglutição. Por sua vez, a FEES consiste na avaliação endoscópica da deglutição por fibra ótica e envolve a inserção de um endoscópio flexível na cavidade nasal com o objetivo de visualizar a nasofaringe, orofaringe e a laringe para detetar indícios de aspiração (Dziewas et al., 2021).

O potencial de recuperação da pessoa após o AVC ocorre geralmente durante os primeiros três meses. A revisão sistemática de Wei et al. (2024) ainda refere que, comparativamente com a reabilitação tardia, a reabilitação precoce que se inicia até duas semanas após o AVC, melhora a capacidade para o autocuidado, status neurológico e a qualidade de vida.

A gravidade do compromisso na deglutição e o potencial de recuperação influenciam a tomada de decisão de métodos alternativos para alimentação como a sonda nasogástrica ou a gastrostomia percutânea endoscópica. O uso de sonda nasogástrica é recomendada quando é expectável um compromisso grave da deglutição até um mês. Quando se espera que a pessoa não consiga iniciar a dieta por via oral por um período superior a um mês, deve ser ponderada a inserção de uma gastrostomia percutânea endoscópica, a fim de proporcionar uma adequada nutrição e hidratação (Oliveira et al., 2021; Powers et al., 2019).

Posto isto, o programa de reabilitação inicia-se após uma detalhada avaliação da deglutição ter sido concluída. A sua conceção deve incluir intervenções que interferem no mecanismo de deglutição comprometida (Dziewas et al., 2021).

A definição de estratégias compensatórias e de reabilitação torna-se particularmente importante dado que cada uma obedece a objetivos específicos. As estratégias compensatórias conduzem à mudança temporária na fisiologia da deglutição de modo a assegurarem a segurança da deglutição e a prevenção de complicações. À exceção da modificação da dieta e líquidos, as restantes estratégias compensatórias exigem a colaboração da pessoa e, por isso, a mesma não pode possuir compromisso na cognição. Por outro lado, as estratégias de reabilitação objetivam promover o processo de recuperação da função da deglutição (Arreola et al., 2024; Oliveira et al., 2021).

Os componentes do programa de reabilitação convencional são multifásicos e compreendem intervenções como a modificação da textura da dieta e líquidos, treino respiratório, exercícios para a promoção da deglutição, uso de técnicas de deglutição ou o uso de estratégias compensatórias posturais e sensoriais (Arreola et al., 2024; Nassri & Schey, 2020). As intervenções que constituem parte integrante do plano de cuidados especializados no domínio

da deglutição serão apresentadas de seguida. Estas intervenções podem ser usadas de forma isolada ou combinada e, torna-se necessário estabelecer aspetos como a frequência, repetições, intensidade e duração de cada exercício (Krekeler et al., 2021).

Dieta de textura modificada e líquidos espessados

As dietas de textura modificada, a nível hospitalar, são determinadas com base na nomenclatura *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI). A IDDSI foi desenvolvida para pessoas com compromisso na deglutição e objetiva uniformizar, independentemente do contexto ou cultura, a descrição da dieta de textura modificada e líquidos espessados. Esta ferramenta incorpora oito níveis de consistências para líquidos e sólidos (Cichero et al., 2017; Gregório & Graça, 2021).

A prescrição da dieta de textura modificada pressupõe uma avaliação da deglutição prévia de modo a identificar a gravidade do compromisso na deglutição. A GUSS é um instrumento de avaliação, validado para a população portuguesa, que pode ser usado como um guia orientador para rastrear a gravidade do compromisso na deglutição, identificar em tempo útil o risco de aspiração e recomendar alterações na dieta, consoante a pontuação obtida (Ferreira et al., 2018).

Existem três tipos de dietas de textura modificada que podem ser solicitados, a nível hospitalar, para a pessoa com compromisso na deglutição. A dieta de consistência mole destina-se a pessoas com dificuldade na mastigação e pode ter dois níveis distintos de consistência. A dieta mole de consistência macia e picada, nível de consistência 6 da IDDSI, destina-se a pessoas com compromisso leve na deglutição. Este tipo de consistência permite alimentos semelhantes à dieta geral, mas sem a presença de alimentos duros, crocantes ou viscosos. Os alimentos deste tipo de consistência podem ser mastigados, daí ser necessário uma denteição adequada, e são facilmente desconstruídos com um garfo. Por outro lado, a dieta mole de consistência moída e húmida, nível de consistência 5 da IDDSI, destina-se a pessoas com compromisso leve a moderado na deglutição. Nesta consistência, os alimentos formam um puré, mas não tão homogéneo como a dieta cremosa. Os alimentos caracterizam-se por formar facilmente uma bola e é possível amassá-los com o garfo ou com a colher (Gregório & Graça, 2021).

A dieta de consistência cremosa, nível de consistência 4 da IDDSI, está indicada para pessoas com compromisso na mastigação e um compromisso moderado a grave na deglutição. Este tipo de dieta caracteriza-se por alimentos homogéneos, coesos, sem grumos ou pedaços, assemelhando a sua textura a pudim (Gregório & Graça, 2021).

A dieta de consistência líquida dirige-se a pessoas com graves compromissos na mastigação e deglutição que não podem ingerir alimentos cremosos. Esta dieta subdivide-se em dois níveis distintos de consistência. A consistência líquida tipo néctar, nível de consistência 2 da IDDSI, e a de tipo mel, nível de consistência 3 da IDDSI (Gregório & Graça, 2021).

Wu et al. (2020), referem que as pessoas internadas com dieta de textura modificada, muitas vezes, não são capazes de completar a refeição. A diminuição do apetite e, conseqüentemente, da ingestão nutricional deve-se ao sabor, odor e falta de variedade nas refeições (Wu et al., 2021). A diminuição da ingestão de alimentos aumenta o risco de malnutrição (Shimizu et al., 2021; Wu et al., 2020). A prevalência de malnutrição em pessoas que ingerem dieta de textura modificada tradicional varia de 18,4% a 59% (Wu et al., 2021). A melhoria da ingestão nutricional é alcançada através da suplementação oral, individualização da dieta e com a alteração visual e de textura (Shimizu et al., 2021; Wu et al., 2020; Wu et al., 2021).

Atendendo à gravidade do compromisso na deglutição, também os líquidos são modificados através do uso de espessante. O uso de espessante aumenta a viscosidade e a coesão do líquido, tornando o seu percurso mais lento, o que permite ao sistema nervoso responder mais eficazmente ao mecanismo da deglutição, reduzindo o risco de aspiração e melhorando a segurança da deglutição. A viscosidade varia de acordo com a gravidade do compromisso na deglutição e com a quantidade de espessante que é adicionada ao líquido (Newman et al., 2016).

Os espessantes à base de goma xantana e amido são os mais comuns. O espessante à base de goma xantana apresenta melhor sabor, viscosidade mais estável, maior fluidez e coesão do bolo alimentar, menor presença de resíduos orofaríngeos e é insensível à amilase, temperatura e pH. Além disso, este tipo de espessante é mais eficaz na promoção da segurança da deglutição e na redução do risco de aspiração por aumentar a coesão do bolo alimentar, o que reduz o risco de fragmentação do mesmo e a prevalência de resíduos orofaríngeos (Hadde et al., 2021; Vidal-Casariago et al. 2021).

Bolivar-Prados et al. (2019) refere que, na pessoa com deglutição comprometida após o AVC, o espessante à base de goma de xantana aumenta a segurança da deglutição por aumento da viscosidade do bolo alimentar, atraso na progressão do bolo alimentar e melhoria do mecanismo de proteção de via aérea por redução do tempo do encerramento do vestíbulo laríngeo. No entanto, o aumento da viscosidade do bolo alimentar aumenta o resíduo oral e interfere na propulsão do bolo alimentar, principalmente na presença da diminuição da força muscular na língua.

Já o espessante à base de amido tem uma menor taxa de adesão pelas pessoas com compromisso na deglutição devido ao sabor, textura granulada, aparência turva, menor fluidez e mudanças de consistência ao longo do tempo (Hadde et al., 2021; Newman et al., 2016; Vidal-Casariago et al. 2021). Ademais, o espessante à base de amido é sensível à amilase. A amilase é uma enzima que está presente na saliva e hidrolisa o amido, o que resulta na diminuição da viscosidade e coesão do líquido espessado e, por isso, aumenta a velocidade do mesmo (Newman et al., 2016).

Idêntico à ingestão da dieta de textura modificada, quando implementada a ingestão de líquidos

espassados, as pessoas internadas apresentam uma ingestão inadequada (Vidal-Casariago et al., 2021; Newman et al., 2016). A revisão sistemática de Wu et al. (2021) refere que 90% das pessoas que ingerem líquidos espessados relatam como barreiras a falta de sabor e a manutenção da sensação de sede. Adicionalmente, a revisão sistemática realizada por Newman et al. (2016) refere que 50% dos líquidos foram espessados para a consistência incorreta quando usado o espessante em pó.

Os líquidos finos aumentam o risco de aspiração na pessoa com deglutição comprometida que necessita de líquidos espessados, determinado através de uma avaliação prévia. No entanto, os líquidos excessivamente espessados estão associados a aceitação reduzida e ao aumento do risco de desidratação por ingestão inadequada. A consistência tipo néctar foi aquela que apresentou uma maior tolerância na pessoa com compromisso na deglutição (Newman et al., 2016).

Vidal-Casariago et al. (2021) demonstraram que a melhoria na ingestão de líquidos e, conseqüentemente, do risco de desidratação é alcançada através do uso de espessante à base de goma xantana, opção com melhor aceitação por parte das pessoas com compromisso na deglutição devido às suas características sensoriais, e através da adição de um aromatizante alimentar.

Manobra deglutição forçada

Na deglutição forçada a pessoa é instruída a deglutir com força, enquanto empurra firmemente a língua para cima e para trás em direção ao palato mole. Esta manobra intencional pode ser realizada com ou sem bolo alimentar. Ao realizar esta manobra com bolo alimentar, pode alterar-se a sua complexidade através da alteração das características do bolo alimentar (Calvache et al., 2024; Chhetri & Dewan, 2019; Nassri & Schey, 2020).

A deglutição forçada permite aumentar a pressão na fase oral, faríngea e esofágica. Na fase oral, esta manobra aumenta a força propulsora da língua contra o palato duro e diminui o resíduo oral, promovendo uma deglutição segura (Bahia & Lowell, 2020; Park et al., 2019). Tal como referido anteriormente, a força da língua apresenta um impacto significativo na fase oral da deglutição, uma vez que, a língua está envolvida em mecanismos importantes como a mastigação, formação do bolo alimentar ou na propulsão do conteúdo alimentar da cavidade oral para a faringe (Chhetri & Dewan, 2019; Seeley et al., 2016).

Durante a deglutição forçada, na fase faríngea, a duração da inversão epiglótica é prolongada, o que está associado a uma maior contração dos músculos faríngeos e à diminuição do resíduo faríngeo (Bahia & Lowell, 2020; Heslin & Regan, 2022). Já na fase esofágica, esta manobra compensatória promove o aumento da pressão na região média e distal do esófago, o que diminui o resíduo esofágico (Bahia & Lowell, 2020).

Manobra de deglutição dupla

A manobra de deglutição dupla destina-se a pessoas com alterações no controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral. Nesta manobra solicita-se à pessoa uma segunda deglutição, a fim de reduzir os resíduos faríngeos e na cavidade oral (Muñoz & Rodríguez, 2020; Nassri & Schey, 2020).

Manobra supraglótica e super supraglótica

Na manobra supraglótica, a pessoa é instruída a inspirar, suste a respiração, deglutir enquanto sustem a respiração e a tossir imediatamente após deglutir (Chhetri et al., 2019). A complexidade do exercício varia dependendo da quantidade de esforço exercida pela pessoa durante a fase de apneia e se a manobra é realizada com ou sem bolo alimentar (Calvache et al., 2024).

Na manobra super supraglótica, a pessoa é instruída a suste a respiração enquanto realiza a manobra de valsalva, a deglutir e a tossir imediatamente após deglutir (Chhetri et al., 2019).

Ambas as manobras podem ser usadas como estratégias compensatórias, uma vez que, protegem a via aérea devido à elevação laríngea. A manobra super supraglótica pode ainda ser utilizada como estratégia de reabilitação com o intuito de melhorar a retração da língua (Arreola et al., 2024).

Manobra lip pursing

Na manobra *lip pursing* solicita-se à pessoa que, com a ajuda da mão, mantenha os lábios selados. Encontra-se indicada em casos de hipotonia labial ou quando existe alterações no controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral (Muñoz & Rodríguez, 2020).

Manobra Mendelsohn

Na manobra de *Mendelsohn* a pessoa é instruída a deglutir, enquanto possui o polegar e o indicador na laringe, de modo a elevá-la e segurá-la quando esta se encontra na posição mais elevada. A duração da elevação laríngea pode ser curta com dois segundos, de média duração com cerca de três a quatro segundos, e de longa duração com mais de seis segundos. Posteriormente, a pessoa deve remover os dedos e libertar a laringe para a posição inicial (Calvache et al., 2024; Nassri & Schey, 2020).

O prolongamento voluntário da elevação hiolaríngea máxima durante a deglutição, facilita a abertura do esfíncter esofágico superior e a progressão do bolo alimentar (Calvache et al., 2024; Nassri & Schey, 2020).

A manobra de *Mendelsohn* é mais eficaz em combinação do que realizada de forma isolada (Calvache et al., 2024). Apesar do reduzido número de participantes no estudo, Kim et al. (2017) concluiu que a manobra de Mendelsohn combinada com a deglutição forçada diminui o risco de aspiração em pessoas com deglutição comprometida após o AVC. O efeito combinado entre

estas duas manobras gera uma maior contração dos músculos supra-hióideos o que, por sua vez, melhora a segurança da deglutição.

Exercício de *Shaker*, exercício de flexão do pescoço contra resistência e exercício de abertura da mandíbula

No exercício de *Shaker* a pessoa é instruída a posicionar-se em decúbito dorsal, sem almofada, levantar a cabeça de modo a conseguir visualizar os pés, mantendo os ombros na superfície da cama. Este exercício isométrico e isocinético reduz o risco de aspiração por aumento do movimento hiolaríngeo e por promover a abertura do esfíncter esofágico superior (Calvache et al., 2024; Nassri & Schey, 2020).

A flexão do pescoço contra resistência é uma modificação do exercício de *Shaker* que induz igualmente à ativação dos músculos supra-hióideos, com menor ativação do músculo esternocleidomastóideo. Este último exercício é realizado na posição de sentado, no qual a pessoa flete o pescoço em direção ao esterno, pressionando uma bola entre as estruturas (Liu et al., 2023; Park & Hwang, 2021).

No exercício isométrico da flexão do pescoço contra resistência solicita-se à pessoa que mantenha a bola entre o queixo e o pescoço durante 60 segundos, repetindo o exercício três vezes com um minuto de repouso entre repetições. Por outro lado, enquanto exercício isotónico, solicita-se à pessoa que realize 30 repetições consecutivas. O estudo randomizado de Kavitha et al. (2023) demonstrou que a flexão do pescoço contra resistência é eficaz na prevenção de aspiração e na ativação dos músculos supra-hióideos se os exercícios forem executados duas vezes ao dia durante duas semanas.

Apesar de ambos os exercícios ativarem os músculos supra-hióideos, importantes na fase faríngea por executarem a elevação laríngea, o exercício de *Shaker* requer mais esforço físico, conduzindo a pessoa frequentemente à fadiga muscular e dor cervical temporária, o que explica a alta taxa de perda de acompanhamento nos estudos incluídos na revisão sistemática e meta-análise de Gao et al. (2023). Outra revisão sistemática e meta-análise de Liu et al. (2023) concluiu que o exercício de flexão do pescoço contra resistência é mais eficaz na promoção da deglutição do que o exercício de *Shaker*, em pessoas com deglutição comprometida após o AVC.

Como os músculos supra-hióideos intervêm na abertura da mandíbula, surgiu outra alternativa ao exercício de *Shaker*. O exercício de abertura da mandíbula pretende prevenir a aspiração através da ativação dos músculos supra-hióideos e da abertura do esfíncter esofágico superior. No entanto, não é recomendado a pessoas com instabilidade na articulação temporo-mandibular (Choi et al., 2020; Matsubara et al., 2018).

O treino de resistência é importante para que ocorram mudanças na fisiologia muscular, sendo recomendado um período de reabilitação de pelo menos seis semanas. Desta forma, para a

realização deste exercício utiliza-se uma barra de resistência. O exercício de abertura da mandíbula pode ser incluído como exercício isométrico, cinco repetições com dez segundos de abertura máxima da mandíbula, ou como exercício isotónico, três séries de trinta repetições (Choi et al., 2020; Matsubara et al., 2018).

Por outro lado, as fibras musculares de contração rápida constituem mais de metade das fibras musculares dos músculos supra-hióideos. Estas fibras influenciam a velocidade de elevação do osso hióide durante a deglutição. A velocidade de elevação do osso hióide encontra-se diminuída na pessoa com compromisso na deglutição. Neste sentido, o exercício de abertura da mandíbula de alta velocidade, realizado três séries de vinte repetições, duas vezes ao dia durante quatro semanas, demonstra ser eficaz na prevenção da aspiração por promover o movimento ascendente do osso hióide durante a deglutição (Matsubara et al., 2018).

Manobra de Masako

Na manobra de *Masako* a pessoa é instruída a deglutir sem alimento enquanto segura, com os incisivos, a parte anterior da língua (Balou et al., 2019; Nassri & Schey, 2020).

A manobra pode ser classificada como fraca, quando a língua se projeta um centímetro para além dos dentes incisivos, ou forte, quando a língua se projeta dois centímetros para além dos dentes incisivos. Independentemente da projeção da língua, a manobra de *Masako* aumenta a contratilidade velofaríngea e a duração da contração mesofaríngea (Aoyagi et al., 2021).

O estudo comparativo de Barot et al. (2023) concluiu que o exercício de *Shaker* e a manobra de *Masako* melhoram a deglutição e a qualidade de vida na pessoa após o AVC. No entanto, o exercício de *Shaker* possui um maior impacto na promoção da deglutição.

A manobra de *Masako* promove a propulsão do bolo alimentar por aumentar a ativação dos músculos constritores faríngeos e da base da língua (Balou et al., 2019; Nassri & Schey, 2020).

Postura

O ajuste postural é uma estratégia compensatória para a pessoa com compromisso na deglutição e desempenha um papel crucial na prevenção de pneumonia por aspiração. Durante a refeição, a pessoa deve estar sentada com os pés bem apoiados no chão. Se a pessoa estiver na cama, a cabeceira deverá encontrar-se na posição de *fowler* (Yoshikawa et al., 2021).

A postura durante a refeição afeta a pressão exercida pela língua na propulsão do bolo alimentar. A adoção de uma má postura diminui a pressão exercida pela língua na propulsão do bolo alimentar, o que torna a progressão do mesmo mais difícil (Yoshikawa et al., 2021). Além disso, quando os pés não se encontram apoiados no chão, posição caracterizada pela flexão dos joelhos a 90º, a duração do mecanismo de deglutição é maior e exige uma maior atividade dos músculos supra-hióideos (Uesugi et al., 2019).

O alinhamento da coluna vertebral, ombros ligeiramente retraídos e a presença de um adequado ângulo cervical, diminui a atividade dos músculos responsáveis pela deglutição, independentemente do volume do bolo alimentar (Moon et al., 2020).

Estratégias compensatórias posturais

As estratégias compensatórias posturais permitem a mudança na fisiologia da deglutição, nomeadamente na velocidade do fluxo e na progressão do bolo alimentar. O tipo de estratégia compensatória a adotar depende do compromisso no mecanismo de deglutição (Arreola et al., 2024).

A flexão anterior do pescoço implica o máximo de aproximação possível do queixo ao peito durante a deglutição. Esta estratégia promove o movimento anterior do osso hióide, elevação laríngea, encerramento do vestíbulo laríngeo, abertura do esfíncter esofágico superior e a redução dos resíduos faríngeos no seio piriforme. No entanto, não melhora a presença de resíduos faríngeos na valécula epiglótica (Li et al., 2024b; Miyamoto et al., 2021).

A revisão sistemática de Li et al. (2024b) demonstra que a flexão anterior do pescoço possui um efeito significativo na redução do risco de aspiração em comparação com a posição neutra da cabeça, tanto para líquidos finos como espessados.

Desta forma, a flexão anterior do pescoço é útil em pessoas com compromisso na fase faríngea da deglutição por inadequado encerramento do vestíbulo laríngeo, retração da língua e elevação laríngea. No entanto, esta estratégia compensatória não é adequada para pessoas com diminuição da força muscular nos músculos faríngeos (Li et al., 2024b; Miyamoto et al., 2021). A viabilidade desta estratégia deve ser avaliada sobretudo na população idosa devido a processos degenerativos causados pelo envelhecimento (Arreola et al., 2024).

A rotação da cabeça para o lado afetado é outra estratégia compensatória que está indicada na pessoa com parésia unilateral da faringe e da laringe. Esta estratégia é usada em pessoas com compromisso da deglutição na fase oral e faríngea, por facilitar a abertura do esfíncter esofágico superior e promover a progressão do bolo alimentar no lado não afetado da faringe (Arreola et al., 2024; Chhetri & Dewan, 2019).

Estratégias compensatórias sensoriais

As estratégias compensatórias sensoriais são úteis na pessoa com atraso na fase faríngea ou com sensibilidade comprometida na mucosa oral e na faringe (Lazarus, 2017; Muñoz & Rodríguez, 2020).

O atraso na fase faríngea ou o aumento da sua duração são condições frequentes na pessoa com compromisso na deglutição após o AVC. A utilização de sabores ácidos em conjunto com o uso de alimentos frios promove a estimulação sensorial no tronco cerebral, o que desencadeia o início da fase faríngea e aumenta a duração do encerramento do vestíbulo laríngeo (Gatto et al.,

2021).

O aumento do volume do bolo alimentar introduzido na cavidade oral provoca estímulos sensoriais que conduzem ao aumento do movimento hiolaríngeo e do tempo de encerramento do vestíbulo laríngeo. Por sua vez, também aumenta a duração da abertura do esfíncter esofágico superior, reduzindo a presença de resíduos faríngeos e o risco de aspiração (Lazarus, 2017).

Outra das estratégias compensatórias sensoriais que pode ser utilizada consiste no aumento da pressão exercida sobre a língua com a colher, durante a introdução de alimentos na cavidade oral. Esta estratégia estimula a propulsão do bolo alimentar para a faringe (Chhetri & Dewan, 2016; Muñoz & Rodríguez, 2020).

Exercícios orofaciais de fortalecimento muscular e amplitude de movimento

A parésia facial periférica associa-se à lesão do nervo craniano facial, no qual ocorre diminuição da força muscular unilateral. Clinicamente, este tipo de parésia caracteriza-se pela diminuição ou apagamento das rugas na região frontal, diminuição ou incapacidade de franzir a sobancelha, lagoftalmo, desvio da comissura labial e a ocorrência de escape anterior (Jameson et al., 2020; Seeley, 2016).

Atendendo a estas manifestações, é possível inferir que a parésia facial influencia os domínios da comunicação e da deglutição (Movérare et al., 2017; Nóbrega & Motta, 2023). Desta forma, no âmbito do processo de reabilitação, torna-se necessário planejar e implementar exercícios orofaciais que promovam o fortalecimento e a amplitude de movimento das estruturas comprometidas (Araújo et al., 2021; Menoita, 2012).

Entre os diversos exercícios musculares faciais que podem ser ensinados e instruídos à pessoa com deglutição comprometida e parésia facial periférica destaca-se o encerramento abrupto dos olhos que ativa o músculo orbicular dos olhos. O movimento de enrugar a testa que estimula o músculo corrugador do supercílio. A elevação das sobancelhas que pretende reforçar o músculo frontal. O movimento de sorrir que estimula o músculo risório. O movimento de mostrar os dentes cujo objetivo é ativar o músculo risório e o quadrado do mento. O movimento de encher a boca de ar e o assobiar que pretendem reforçar os músculos bucinador, orbicular dos lábios e o quadrado do mento. Por último, a realização da depressão do lábio inferior fortalece também os músculos orbicular dos lábios e o quadrado do mento. A estes exercícios pode ser aplicada uma resistência manual na direção oposta ao movimento pretendido (Araújo et al., 2021; Menoita, 2012; Nóbrega & Motta, 2023).

Conforme o compromisso na deglutição podem ser selecionados exercícios que atuam diretamente nas estruturas comprometidas. Neste contexto, os exercícios que integram a ação dos lábios centram-se na sua protrusão, retração, lateralização, segurar a espátula com os lábios protraídos ou a emissão de beijos fortes. Relativamente ao palato mole, os exercícios

incluem o soprar, sugar ou a emissão de sons como “ãããã”. Nos exercícios da língua destaca-se a protrusão, retração, elevação, lateralização, exteriorização o máximo possível da mesma, empurrar a ponta da língua contra as bochechas alternadamente, emitir sons “K” e “G”, ou a movimentação da língua na arcada dentária. Os exercícios nas bochechas envolvem o movimento de sugar e soprar, bem como a sua insuflação unilateral ou bilateral e a manutenção da insuflação. Já os exercícios de mobilidade laríngea compreendem o movimento de bocejar ou a emissão intercalada de sons graves e agudos como “aaaa, iiiii, eeee” (Menoita, 2012).

Para além disso, a massagem na face promove a inervação do nervo craniano facial. Através da aplicação de uma pressão manual nos músculos faciais são ativados músculos como o orbicular, bucinador, levantador do lábio e da asa do nariz, levantador do ângulo da boca, zigomático maior e menor, risório, músculo depressor do ângulo da boca, músculo depressor do lábio inferior ou o mental. É ainda possível combinar esta intervenção com a estimulação sensorial, através da aplicação de um pequeno cubo de gelo na hemiface afetada (Araújo et al., 2021; Nóbrega & Motta, 2023).

Tosse voluntária

A tosse é um reflexo fisiológico de proteção da via aérea e integra a avaliação indireta da deglutição pela GUSS, bem como a etapa final da manobra supraglótica e super supraglótica (Chhetri et al., 2019). Borders e Troche (2022) referem que, um maior pico de fluxo de tosse está associado à melhor limpeza da via aérea, nomeadamente, na quantidade de resíduos expelidos da região inferior da laringe. Assim, a tosse voluntária pode ser uma estratégia compensatória útil na pessoa com compromisso da deglutição, podendo esta ser solicitada após a deglutição com a função de proteger a via aérea.

Treino respiratório

A deglutição comprometida encontra-se associada ao aumento do risco de pneumonia por aspiração e à taxa de mortalidade (Banda et al., 2022). Drakopanagiotakis et al. (2022) demonstram que, após o AVC, a função muscular respiratória, volumes pulmonares, movimento torácico e a eficácia da tosse são afetados. Além disso, a pessoa com deglutição comprometida após o AVC pode diminuir a pressão máxima inspiratória e expiratória abaixo de 60%, que é o limite para definir fraqueza muscular. Estas mudanças são indicadores importantes para avaliar o risco de complicações respiratórias.

Tal como referido anteriormente, a respiração e a deglutição são ambas controladas pelo tronco cerebral e exigem a ativação de estruturas anatómicas comuns (Hall & Hall, 2021). O treino muscular respiratório promove a ativação dos músculos supra-hióideos, músculos responsáveis pela elevação do complexo hiolaríngeo e abertura do esfíncter esofágico superior, sendo estes essenciais para diminuir os resíduos faríngeos e melhorar a segurança da deglutição (Dai et al.,

2024; Hao et al., 2024).

O treino muscular respiratório inspiratório e expiratório é uma intervenção que visa reduzir o risco de aspiração e, portanto, prevenir complicações respiratórias (Hao et al., 2024). Este exercício motor pode focar-se nos músculos inspiratórios, expiratórios ou em ambos. Para este treino é frequentemente usado o *threshold*. Relativamente às cargas de treino, a pressão de treino inspiratório varia de 30% a 60% da pressão inspiratória máxima da pessoa e, a pressão de treino de expiração varia de 15% a 75% da pressão expiratória máxima (Hao et al., 2024; Zhang et al., 2022).

A duração média do treino é de 30 a 40 minutos por dia, cinco a sete dias por semana, durante três a seis semanas (Hao et al., 2024). Na mesma linha cronológica, Zhang et al. (2022) demonstra que 20 a 30 minutos de treino muscular respiratório, cinco vezes por semana, durante quatro a cinco semanas melhora a função de deglutição e reduz o risco de complicações respiratórias após o AVC.

Fatores facilitadores e inibidores no âmbito do processo de transição saúde-doença

O EEER suporta a sua prática clínica na teoria das transições de Meleis et al. (2000). A transição consiste na passagem de uma fase para outra distinta, implicando um processo de reorganização e adaptação da pessoa. Esta teoria de médio alcance integra três dimensões que estão interligadas, a natureza da transição, condições da transição e os padrões de resposta (Meleis et al., 2000).

O Sr. M.F. vivencia uma transição do tipo saúde-doença, que é caracterizada pela alteração da condição de saúde e bem-estar para uma condição de doença. O padrão de transição é simples, pois atualmente ocorre apenas uma transição. Relativamente às propriedades da transição, o Sr. M.F. reconhece a sua condição de saúde atual e a necessidade de reabilitação, referindo “preciso de colocar as pernas boas para voltar a ir ao café e para o quintal com a minha esposa”. Identifica que está internado devido a um AVC e reconhece que demorará algum tempo para recuperar a funcionalidade, mas está empenhado no processo de reabilitação. Demonstra-se envolvido no mesmo, referindo que só assim é que retomará ao seu quotidiano. Na propriedade mudança e diferença, o Sr. M.F. admite que possui como principais alterações o andar, o equilíbrio e a deglutição. Em relação ao evento crítico, os compromissos instalados pelo AVC serviram como marco de transição.

Os fatores pessoais e externos podem facilitar ou dificultar a transição (Meleis et al., 2000). Não se verificou a presença de crenças dificultadoras. O Sr. M.F. e a sua esposa são reformados e o estatuto socioeconómico atua como uma condição facilitadora. Menciona que possui condições socioeconómicas para adquirir o que for necessário. Por outro lado, o conhecimento e a

preparação apresentam-se como condições dificultadoras, uma vez que, não possui conhecimento das estratégias adaptativas para o autocuidado. Além disso, o medo de cair aquando da realização do treino de equilíbrio e a perda de apetite atribuída à adequação da dieta, constituem-se como significados dificultadores. Não existem dados relativos aos fatores externos da comunidade e da sociedade.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta. Ao longo da transição devem ser avaliados os indicadores de resultado (Meleis et al., 2000). O Sr. M.F. demonstra uma interação positiva com a equipa multidisciplinar e partilha os resultados atingidos em cada sessão com a sua família e com a pessoa que está ao seu lado internada na unidade de AVC. Além disso, tanto o Sr. M.F. como a família expressam sentimentos de gratidão para com os profissionais envolvidos no processo de reabilitação. Relativamente ao estar situado, o Sr. M.F. estabelece uma comparação entre o passado e o presente e sabe distinguir os compromissos resultantes do AVC.

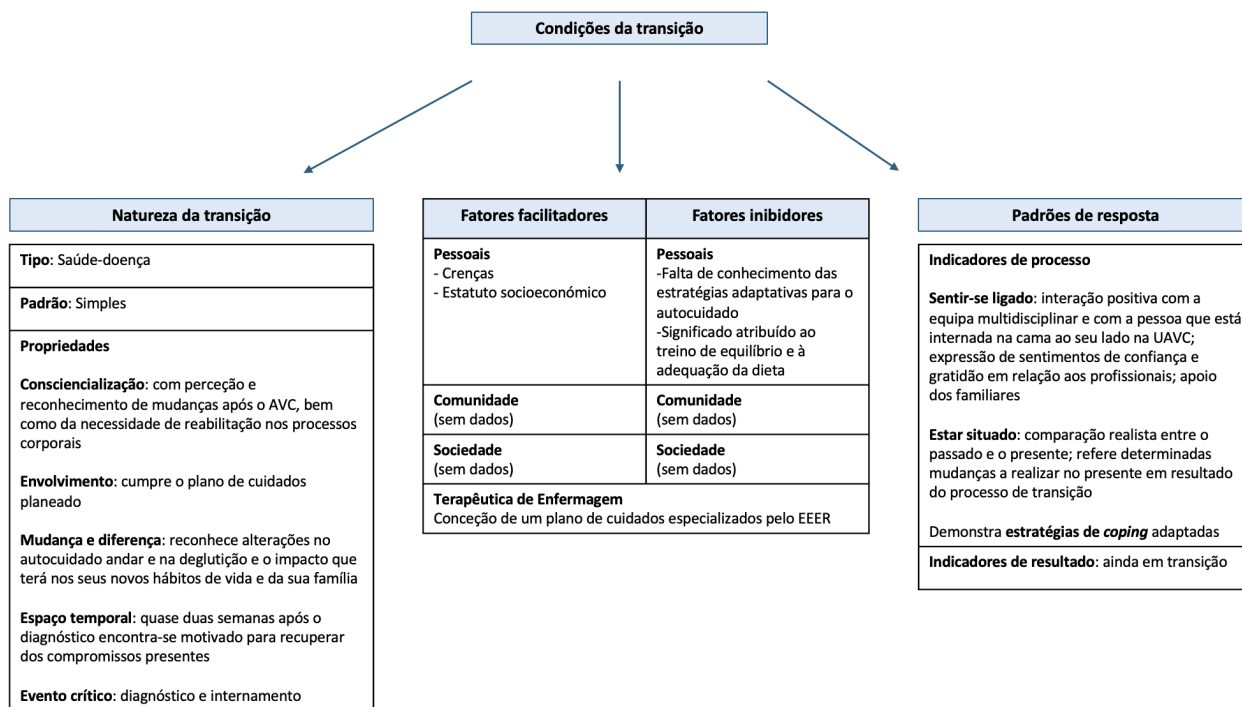


Figura 1- Adaptação da teoria de médio alcance de Afaf Meleis ao caso clínico

O genograma e o ecomapa permitem identificar alguns dos fatores facilitadores e inibidores no âmbito da transição saúde-doença. As suas relações encontram-se representadas na figura 2 e na figura 3, respetivamente.

Trata-se de uma familiar nuclear, constituída pelo próprio e pela sua esposa de 75 anos, independente nos autocuidados. A esposa do Sr. M.F. é responsável pela confeção de refeições,

compras de alimentos e medicamentos, lidas domésticas e é quem o acompanha às consultas médicas.

Casados há 50 anos, ambos têm dois filhos, no qual o filho mais velho mora a poucos metros do casal. Por viver mais perto, o filho mais velho e a nora são aqueles que prestam maior apoio à família nuclear. O filho mais velho apresenta uma relação mais próxima com a mãe e a filha mais nova uma maior proximidade com o pai. A filha mais nova apresenta alguns episódios de discórdia com a mãe o que dificulta a relação entre ambas. Apesar de existir episódios de discórdia, não há referência de conflitos familiares. Não se verificam crenças dificultadoras que impeçam a resolução de problemas no seio familiar.

A família núcleo vive numa casa térrea, sem escadas, em que nas traseiras existe um quintal. Uma das atividades favoritas do casal é jardinar. A casa apenas possui uma casa de banho em que existe um polibã, já instalado pelo casal há dez anos prevendo a sua necessidade fruto do processo de envelhecimento.

Como rede de apoio externa, a família possui uma boa ligação com os vizinhos. Previamente à dependência, o Sr. M.F. ia frequentemente ao café tomar o pequeno-almoço e ler as notícias. Após o almoço, costumava descansar no sofá na companhia do seu gato.

Tendo em consideração o referencial teórico e os fatores facilitadores e inibidores que interferem na transição saúde-doença será concebido um plano de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. No final do processo de transição, pretende-se que a pessoa adquira mestria, ou seja, que possua os conhecimentos e capacidades necessárias para lidar com a nova condição de saúde, traduzindo-se numa identidade fluida (Meleis et al., 2000).

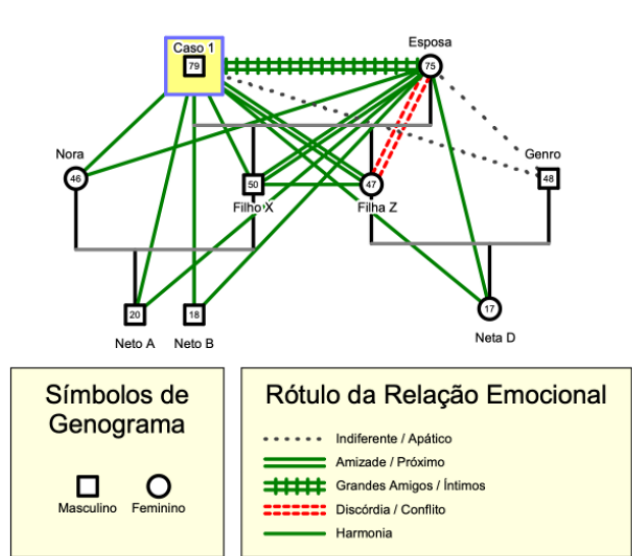


Figura 2- Genograma da família do Sr. M.F. (caso 1)

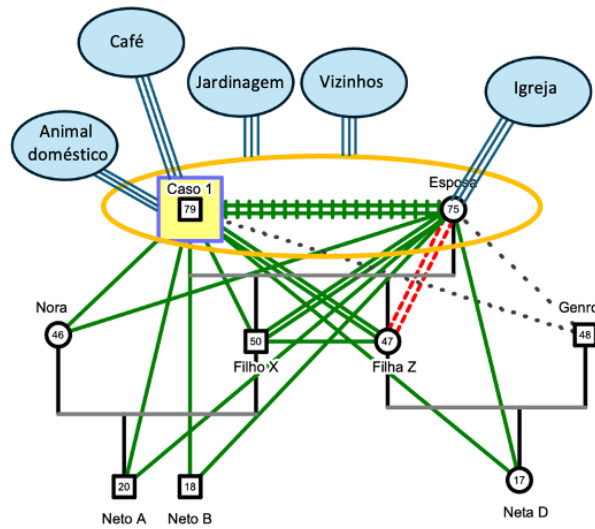


Figura 3- Ecomapa da família do Sr. M.F. (caso 1)

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 79 anos | Masculino

Cuidador

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Parentesco: cônjuge.

24-10-2024 09:30 - Coabita com a pessoa dependente.

24-10-2024 09:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

24-10-2024 09:30 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

24-10-2024 09:30 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-24 09:30:00	Ácido acetilsalicílico, 100mg, PO, ao almoço	
2024-10-24 09:30:00	Atorvastatina, 80mg, PO, ao jantar	
2024-10-24 09:30:00	Enoxaparina sódica, 40mg/0,4ml, SC, ao jantar	
2024-10-24 09:30:00	Hipromelose 10mg/ml, 2 gotas no olho direito, após cuidados higiene e ao deitar	
2024-10-24 09:30:00	Pantoprazol, 40mg, PO, em jejum	
2024-10-24 09:30:00	Tansulosina LP, 0,4mg, PO, ao jantar	
2024-10-24 09:30:00	Ticagrelor, 90mg, PO, ao almoço	
2024-10-24 09:30:00	Bisacodilo, 10mg, PO, ao pequeno-almoço	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A redução da mobilidade causada pelo internamento aumenta o risco de tromboembolismo. Um estudo realizado por Ye et al. (2020) refere que, o uso de enoxaparina reduz o risco de trombose venosa profunda dentro de 14 dias após o AVC isquémico, em comparação com a amostra na qual não foi administrada heparina de baixo peso molecular.

Relativamente ao uso de estatinas, uma revisão sistemática e meta-análise de Yin et al. (2022) revela que, em concordância com as diretrizes internacionais, o uso de estatinas reduz o risco da recorrência de um AVC isquémico.

Apesar de existir evidência científica que suporta o uso do clopidogrel combinado com o ácido acetilsalicílico para a prevenção da recorrência de um novo AVC, a sua eficácia pode ser comprometida por variações genéticas. O ticagrelor em combinação com o ácido acetilsalicílico apresenta-se como uma alternativa eficaz (Marinheiro et al., 2024). O Sr. M.F. realizou dose de carga de ticagrelor após o AVC. Neste momento, encontra-se a realizar dupla anti-agregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e ticagrelor.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

No caso de suspeita de AVC, segundo a norma nº 015/2017 da Direção-Geral da Saúde, a pessoa deve ser recebida no serviço de urgência e realizar meios complementares de diagnóstico de avaliação imagiológica, eletrocardiograma e avaliação laboratorial. Estes

procedimentos de diagnóstico e terapêutica permitem também sustentar a tomada de decisão do EEER na conceção do plano de intervenção com o propósito de promover a funcionalidade.

À admissão no serviço de urgência, a 16 de outubro, o Sr. M.F. realizou uma tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE), angiografia por tomografia computadorizada, eco-doppler e uma avaliação laboratorial. O relatório da TC-CE descreveu leucoencefalopatia isquémica e a presença de lesão recente na região occipital esquerda. O relatório da angiografia por tomografia computadorizada relatou sub-oclusão da artéria vertebral direita junto da junção vertebro-basilar, oclusão da terminação da artéria vertebral esquerda e terço proximal da artéria basilar e, estenose superior a 70% da divisão inferior da artéria cerebral média direita. O relatório do eco-doppler descreveu estenose grave do segmento 4 da artéria vertebral direita, oclusão da artéria vertebral esquerda e diminuição do fluxo na artéria cerebral posterior. Já do estudo analítico destacava-se a HbA1C 8,1%; TSH 0,14 com T4L 1,74 (hipertiroidismo), não existindo outras alterações de relevo.

No dia 22 de outubro, o Sr. M.F. foi submetido a uma angioplastia com colocação de *stent* na artéria vertebral direita, segmento V3. O relatório descreveu a ocorrência de recanalização, com estenose residual de 25%. Nesse mesmo dia, o Sr. M.F. realizou ressonância cerebral onde se excluiu a transformação hemorrágica nas áreas de enfarte. Além disso, o mesmo exame relatou lacunas isquémicas no tálamo à direita. A ressonância cerebral demonstra ser útil após a fase aguda, uma vez que, define a extensão da lesão tecidual e discrimina as lesões atuais e antigas do AVC (Jameson et al., 2020).

No dia 23 de outubro o Sr. M.F. repetiu a TC-CE e a angiografia por tomografia computadorizada. Nestes meios complementares de diagnóstico não encontraram indícios de complicação isquémica ou hemorrágica aguda. Foi confirmado o correto posicionamento do *stent* entre a artéria vertebral direita e a artéria basilar.

Por fim, importa ressaltar que o Sr. M.F. é seguido na consulta externa de cardiologia devido ao antecedente pessoal de insuficiência cardíaca e pelo facto de, em 2012, ter sido submetido à colocação de uma prótese biológica aórtica. Deste modo, o último ecocardiograma transtorácico realizado em setembro de 2023 indicou que a prótese se encontrava normofuncionante.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 09:30	Consciência	
24-10-2024 09:30	Força muscular	
24-10-2024 09:30	Movimento articular	
24-10-2024 09:30	Tónus muscular	
24-10-2024 09:30	Função motora fina	

Início	Domínios	Fim
24-10-2024 09:30	Equilíbrio estático	
24-10-2024 09:30	Equilíbrio dinâmico	
24-10-2024 09:30	Sensações somáticas	
24-10-2024 09:30	Visão	
24-10-2024 09:30	Apetite	
24-10-2024 09:30	Perceção corporal	
24-10-2024 09:30	Reflexo corneano	
24-10-2024 09:30	Comunicação verbal	
24-10-2024 09:30	Deglutição	
24-10-2024 09:30	Sono	
24-10-2024 09:30	Emoção	
24-10-2024 09:30	Memória	
24-10-2024 09:30	Virar-se	
24-10-2024 09:30	Erguer-se	
24-10-2024 09:30	Transferir-se	
24-10-2024 09:30	Sentar-se	
24-10-2024 09:30	Cuidar da higiene pessoal	
24-10-2024 09:30	Vestir-se ou despir-se	
24-10-2024 09:30	Andar	
24-10-2024 09:30	Alimentar-se	
24-10-2024 09:30	Audição	
24-10-2024 09:30	Eliminação intestinal	
24-10-2024 09:30	Eliminação urinária	
24-10-2024 09:30	Sistema cardiovascular	
24-10-2024 09:30	Mastigação	
24-10-2024 09:30	Sistema respiratório	
24-10-2024 09:30	Status neurológico	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Domínio: Consciência

O EEER deve recolher informação pertinente de modo a suportar a tomada de decisão e a conceção de planos de intervenção especializados (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Para esse efeito é utilizada a escala de coma de *Glasgow* como instrumento de avaliação da consciência. O compromisso na consciência constitui uma barreira ao processo de reabilitação, nomeadamente se persistir além da fase aguda do AVC. A manutenção deste compromisso é um indicador negativo de prognóstico, associando-se a resultados desfavoráveis no processo de reabilitação (Reznik et al., 2018). Atendendo a que o Sr. M.F. teve um AVC, torna-se fundamental identificar este domínio.

Domínio: Força muscular

A avaliação da função motora inclui a avaliação da força muscular. A hemiparesia pode constituir uma manifestação do AVC na circulação posterior e resulta da lesão do neurónio

motor superior (Carvalho & Cruz, 2020; Jameson et al., 2020). Após o AVC, verificam-se mudanças nas proporções das fibras musculares, sendo as fibras musculares tipo I as dominantes (Aze et al., 2023). A perda de massa muscular associa-se a um pior prognóstico na recuperação da funcionalidade três meses após o AVC e, no momento de admissão, a pontuações mais elevadas da NIHSS (Han et al., 2024).

O nervo craniano facial possui o núcleo motor na ponte. A ponte, estrutura do tronco cerebral, é irrigada pelas artérias cerebrais posteriores. A presença de lesões no nervo craniano facial pode provocar parésia facial com perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa na face. Também o nervo craniano oculomotor está inserido no colículo superior, uma estrutura localizada no mesencéfalo. O mesencéfalo é irrigado pela circulação posterior. A presença de lesões neste nervo craniano pode provocar ptose palpebral (Carvalho & Cruz, 2020; Diccine, 2017; Jameson et al., 2020).

Considerando a fisiopatologia do AVC e o seu impacto nos processos corporais, a identificação deste domínio torna-se essencial.

Domínio: Movimento articular

Decorrente do AVC não será expectável um compromisso neste domínio. No entanto, em resultado do processo de envelhecimento, o Sr. M.F. pode apresentar compromisso no movimento articular. De acordo com Zhai et al. (2023), o processo de envelhecimento diminui o movimento articular da articulação coxofemoral e tibiotársica, o que influencia o padrão de marcha e, conseqüentemente, o autocuidado andar. Ainda, uma revisão sistemática refere que a flexão do cotovelo está presente na maioria das atividades de vida diária, como alimentar-se ou arranjar-se, exigindo à maioria das atividades uma amplitude articular de 130° a 150°. A articulação glenoumeral influencia atividades como lavar e secar a região inferior do corpo e limpar-se após o uso do sanitário. Desta forma, o compromisso na amplitude articular não prejudica apenas o desempenho nas atividades de vida diária, como também possui um impacto negativo na funcionalidade e na participação social (Oosterwijk et al., 2018). Para o caso clínico, as alterações no movimento articular devem ser identificadas e, se necessário, o plano de intervenção especializado deve ser ajustado, o que reforça a relevância na identificação deste domínio.

Domínio: Tónus muscular

O tónus muscular consiste na resistência de um músculo ao movimento passivo (Jameson et al., 2020). O AVC interfere com o córtex motor e com as vias extrapiramidais dos núcleos da base. As vias extrapiramidais comprometidas deixam de inibir os núcleos motores vestibulares e reticulares do tronco cerebral. A inibição dos núcleos motores provoca um aumento do tónus muscular no hemisfério oposto à lesão, o que pode traduzir-se em espasticidade (Hall & Hall, 2021). A espasticidade encontra-se associada à hipertonia e hiperreflexia nos músculos flexores

do membro superior e nos músculos extensores do membro inferior. As pessoas com alto risco de desenvolver espasticidade apresenta diminuição da força muscular no membro superior, função motora fina comprometida ou rigidez articular no período de quatro a doze semanas após o AVC. Assim, torna-se relevante a identificação deste domínio, uma vez que, a identificação precoce de compromisso no tônus muscular após o AVC é essencial para prevenir complicações a longo prazo e melhorar a qualidade de vida (Bavikatte et al., 2021; Kuo & Hu, 2018).

Domínio: Função motora fina

O compromisso na função motora fina está relacionado com a localização da lesão no córtex motor primário e a gravidade da lesão no trato corticoespinal. Após o AVC, a pessoa pode apresentar hemiparésia ou negligência unilateral, o que diminui a atividade nas vias sensório-motoras ao longo do tempo e contribui para o compromisso na função motora fina. Algumas atividades de vida diária como segurar um garfo ou abotoar uma camisa exigem a preservação da função motora fina, daí a pertinência na identificação deste domínio (Birchenall et al., 2019; Rimmele et al., 2018).

Domínio: Equilíbrio estático e dinâmico

O equilíbrio é um estado dinâmico em que o centro de massa da pessoa é controlado em relação às extremidades inferiores, à gravidade e à superfície de apoio, apesar de poderem existir perturbações externas. Para manter a posição ortostática são necessárias informações do sistema cerebelar, vestibular, somatossensitivo, córtex pré-motor, trato corticoespinal e reticuloespinal (Jameson et al., 2020). Deste modo, o equilíbrio não está isolado numa região específica do córtex cerebral. Estruturas como o cerebelo, núcleos da base, tálamo, hipocampo, lobo parietal e o lobo frontal apresentam um maior impacto no equilíbrio. Quando ocorre um compromisso no equilíbrio é provável que pelo menos uma das estruturas anteriores esteja envolvida (Surgent et al., 2019).

O compromisso no equilíbrio afeta negativamente o autocuidado andar, contribuindo para o aumento do risco de queda. O movimento para a frente do centro de massa promove a força propulsiva com o objetivo de gerar passos. Contudo, a incapacidade de manter o centro de massa dentro dos limites de estabilidade resulta em queda. Assim, o equilíbrio estático depende de informações sensoriais sobre a posição do centro corporal relativamente ao ambiente, à superfície de apoio e às forças gravitacionais (Jameson et al., 2020).

Tal como referido anteriormente, o cerebelo e o tálamo são irrigados pelas artérias cerebrais posteriores (Jameson et al., 2020; Seeley et al., 2016). Desta forma, torna-se pertinente avaliar o equilíbrio estático e dinâmico com o intuito de diagnosticar alterações que determinam limitações no autocuidado e predispõem a um maior risco para a ocorrência de queda. Incorporar o equilíbrio no processo de reabilitação até aos três meses após o AVC possui um

impacto significativo no aumento da qualidade da vida e na funcionalidade (Saraiva et al., 2023), o que justifica a identificação deste domínio.

Domínio: Sensações somáticas

As sensações somáticas integram o exame neurológico e, apesar da sua avaliação ser subjetiva, deve ser realizada de modo simultâneo e bilateral. O compromisso nas sensações somáticas ocorre em 50% a 80% de pessoas após o AVC e, afeta negativamente a qualidade de vida e a participação social (Jameson et al., 2020; Lv et al., 2022).

A sensibilidade superficial refere-se à capacidade de a pele reconhecer o estímulo através dos mecanorreceptores, termorreceptores e nociceptores. Já a sensibilidade profunda é proveniente de recetores musculares, tendões ou articulações. As vias aferentes transmitem a informação adquirida dos recetores superficiais para a medula espinhal e tálamo. Enquanto os recetores profundos conduzem a informação, através do trato espinocerebelar, para o cerebelo (Jameson et al., 2020; Lv et al., 2022).

Após o AVC, nomeadamente quando a lesão se localiza no tálamo ou na região parietal anterior, a pessoa pode apresentar compromisso nas sensações somáticas. Uma vez que, o compromisso nas sensações somáticas conduz a alterações em outros domínios como o autocuidado andar e o equilíbrio torna-se pertinente a sua identificação e avaliação (Jameson et al., 2020; Lv et al., 2022).

Domínio: Visão

O compromisso da visão afeta mais de metade das pessoas após o AVC, sendo o mais comum o compromisso da visão central e nos movimentos oculares. Além da idade, a localização do AVC também é importante, pois o AVC quando localizado na região occipital causa hemianopsia homónima. A identificação precoce de alterações influencia o potencial de reabilitação da pessoa após o AVC, a sua participação social, grau de dependência no autocuidado e qualidade de vida. A identificação deste domínio torna-se necessária no sentido de despistar se o compromisso na visão advém da presença de cataratas, degeneração macular, glaucoma, complicação após o AVC ou da necessidade no uso de óculos sobretudo em pessoas com mais de 75 anos (Dogra et al., 2024; Rowe et al., 2019)

Domínio: Appetite

Após o AVC, a pessoa pode apresentar compromisso no processo de deglutição. Atendendo à gravidade do compromisso, será implementada uma dieta de textura modificada. Shimizu et al. (2021) demonstrou que, quanto maior a modificação realizada na textura da dieta, mais reduzido será o apetite da pessoa. Remetendo para o presente caso clínico, a identificação deste domínio é importante, na medida em que a perda de apetite, em pessoas com mais de 65 anos, encontra-se associada ao aumento do risco de malnutrição, sarcopenia e défices na

função motora. Além disso, o apetite diminuído relaciona-se com a diminuição da qualidade de vida, aumento da dependência no autocuidado, ocorrência de episódios de quedas e aumento da taxa de mortalidade (Fielding et al., 2023).

Domínio: Percepção corporal

Estima-se que um terço das pessoas após o AVC na fase aguda apresentem negligência espacial unilateral, sendo esta mais prevalente quando a lesão ocorre no hemisfério direito (Esposito et al., 2021). As lesões no hemisfério esquerdo não causam negligência contralesional significativa, uma vez que, o hemisfério direito ativa os mecanismos compensatórios (Jameson et al., 2020).

Para além da negligência espacial em relação ao eixo lateral, pode ocorrer igualmente um compromisso em relação ao eixo vertical. Uma percepção adequada da verticalidade é considerada essencial para o controlo postural em ações como manter-se na posição ortostática ou andar (Embrechts et al., 2023). Desta forma, justifica-se a pertinência na identificação do domínio da percepção corporal para o caso clínico.

Domínio: Reflexo coreano

O reflexo corneano é inervado pelo ramo oftálmico do nervo craniano trigémio. O exame neurológico engloba a avaliação dos nervos cranianos, um procedimento basilar para a avaliação da condição clínica da pessoa após o AVC. A lesão do nervo craniano trigémio pode originar compromisso no reflexo corneano (Jameson et al., 2020). Considerando que o Sr. M.F. teve um AVC e foi submetido a avaliação neurológica, torna-se fundamental a identificação deste domínio.

Domínio: Comunicação verbal

A produção e compreensão de palavras e frases depende da integridade da região perissilviana no hemisfério esquerdo. A avaliação da comunicação verbal deve incluir a avaliação da nomeação, fala espontânea, compreensão, repetição, leitura e escrita (Jameson et al., 2020).

Após o AVC com lesão da área de *Broca*, a pessoa apresenta alterações na fluência da produção verbal e na estrutura gramatical de frases, nomeação e repetição. Quando a causa da afasia de *Broca* é o AVC, a recuperação da função da linguagem atinge o máximo potencial em dois a seis meses. Por outro lado, quando ocorre lesão na porção posterior da rede linguística, a pessoa apresenta afasia de *Wernicke*, na qual possui uma emissão de linguagem fluente, mas parafásica e em circunlóquios (Jameson et al., 2020).

A disartria, por sua vez, refere-se ao compromisso na produção de palavras resultante da diminuição da força muscular ou coordenação dos músculos orofaciais. O teste de repetição com trava-línguas fornece uma melhor avaliação da disartria (Jameson et al., 2020; Spencer & Brown, 2018).

Assim, após o AVC, a pessoa deve ser avaliada quando à presença de compromisso na comunicação por um profissional devidamente treinado, uma vez que, a comunicação comprometida afeta a participação e a qualidade de vida (Burton et al., 2023). O compromisso da comunicação verbal também pode constituir um fator dificultador no processo de reabilitação e, por isso, importa identificá-lo com o intuito de conceber um plano de intervenção ajustado às necessidades da pessoa.

Domínio: Deglutição

A presença de deglutição comprometida é comum na fase aguda após o AVC e, encontra-se associada ao aumento do risco em desenvolver pneumonia por aspiração, malnutrição e desidratação (Jameson et al., 2020; Powers et al., 2019).

Uma revisão sistemática de Qin et al. (2023) revela que, lesões no córtex sensório-motor, ínsula, cerebelo, giro do cíngulo, tálamo, gânglios basais e conexões de substância branca associam-se à presença de um compromisso na deglutição. Ainda, importa referir que a deglutição é inervada pelos nervos cranianos trigémio, facial, glossofaríngeo e hipoglosso (Adler & Webb, 2017; Chhetri & Dewan, 2019). No Sr. M.F. justifica-se a pertinência na identificação deste domínio, uma vez que, o AVC na artéria cerebral posterior pode comprometer estruturas como a ponte, cerebelo ou tálamo (Jameson et al., 2020).

Domínio: Mastigação

A mastigação ocorre na fase oral preparatória da deglutição e, contribui para a modificação dos alimentos introduzidos na cavidade oral em bolo alimentar. Para este mecanismo são mobilizados músculos como o masséter e pterigóideo lateral e medial, músculos inervados pelo ramo mandibular do nervo craniano trigémio. Tal como referido anteriormente, o nervo craniano trigémio tem origem na face ântero-lateral da ponte, uma das estruturas irrigada pela artéria cerebral posterior (Adler & Webb, 2017; Jameson et al., 2020; Seeley et al., 2016). Desta forma, torna-se relevante a identificação deste domínio.

Domínio: Sono

A má qualidade do sono é uma condição comum na pessoa após o AVC, o que representa um fator dificultador no processo de recuperação e diminui a qualidade de vida (Luo et al., 2023b). Adicionalmente, a revisão sistemática de Mohandas et al. (2024) refere que o sono comprometido relaciona-se com pontuações mais altas da NIHSS. Face ao exposto, torna-se essencial a identificação deste domínio no caso clínico.

Domínio: Emoção

A depressão é uma complicação secundária ao AVC, sobretudo quando ocorre lesão no hemisfério esquerdo e no córtex pré-frontal. Esta condição influencia negativamente o nível de desempenho da pessoa na realização das atividades de vida diária e dificulta o processo de

reabilitação. Apesar da sua prevalência, a depressão é frequentemente negligenciada traduzindo-se no atraso do seu tratamento e, conseqüentemente, do processo de reabilitação. Desta forma, a pessoa após o AVC deve ser avaliada regularmente quanto à presença de humor deprimido, especialmente nos primeiros três meses, com o intuito de rentabilizar o período *gold standard* do processo de reabilitação (Butsing et al., 2024; Luo et al., 2023a). A revisão sistemática de Rafsten et al. (2018) revela que a ansiedade é uma condição comum durante o primeiro ano após o AVC. A ansiedade também influencia negativamente a qualidade de vida e pode ser um preditor para o desenvolvimento de depressão. Posto isto, justifica-se a pertinência na identificação do domínio da emoção no caso clínico.

Domínio: Audição

O AVC pode causar compromisso na acuidade auditiva por alterações microvasculares na estria vascular ou alterações macrovasculares na artéria auditiva interna. Por sua vez, este mecanismo pode comprometer o fluxo sanguíneo para a cóclea e para o nervo craniano facial (Tan et al., 2024). Através do exame neurológico, nomeadamente pelo nervo craniano vestibulococlear, pode ser identificado um compromisso na audição. A identificação deste domínio é essencial no caso clínico, pois a presença de um compromisso na audição constitui um fator dificultador para o processo de reabilitação, por influenciar a comunicação.

Domínio: Memória

A pessoa após o AVC, nomeadamente na região fronto-parietal e temporal-medial, pode apresentar para além de compromissos no processo corporal, compromissos no processo mental. Para além da menor capacidade em reter informação, a pessoa apresenta um maior risco para o desenvolvimento de demência após o AVC (Kuzma et al., 2018; Lugtmeijer et al., 2021). Importa identificar este domínio para avaliar a presença de fatores dificultadores no processo de reabilitação e determinar o grau de envolvimento do cuidador na implementação do plano de intervenção especializado.

Domínio: Eliminação urinária e intestinal

A retenção urinária aumenta o risco de infeção do trato urinário, sendo esta condição agravada se a pessoa possuir um compromisso na deglutição por aumento do risco de desidratação. O artigo de Son et al. (2017) relata ainda que, a pessoa com afasia, após o AVC, apresenta dificuldade em comunicar a necessidade de esvaziamento da bexiga e, por este motivo, existe aumento do risco de retenção urinária.

A obstipação é um sintoma comum após AVC. A redução da mobilidade, ingestão hídrica e de fibras são fatores que concorrem para a presença deste fenómeno. Adicionalmente, o AVC que englobe lesão nos gânglios basais, tronco cerebral e cerebelo que contribuir igualmente para a ocorrência de obstipação (Li et al., 2017).

Para além da eliminação urinária e intestinal estarem contemplados no regulamento de competências específicas do EEER, torna-se pertinente a identificação destes domínios porque a presença de um compromisso na eliminação urinária e intestinal relaciona-se com a diminuição da qualidade de vida, o isolamento social e o aumento da dependência no autocuidado (Li et al., 2017).

Domínio: Sistema respiratório

A respiração e a deglutição são coordenadas pelo tronco cerebral (Hall & Hall, 2021). A deglutição ocorre durante a fase expiratória da respiração, na qual ocorre um período de apneia que dura entre 0,5 a 1 segundo. A identificação deste domínio fornece dados relevantes para o processo de reabilitação, uma vez que, as alterações no padrão respiratório, como polipneia ou singultos comprometem a coordenação entre a deglutição e a respiração, o que pode conduzir a complicações como a pneumonia por aspiração. Além disso, a eficácia da tosse é essencial para prevenir a aspiração (Verin et al., 2017).

Domínio: Sistema cardiovascular

A pessoa, mesmo sem antecedentes cardíacos, após o AVC, tem aumento do risco de desenvolvimento de complicações cardiovasculares dentro de 12 semanas. O *stroke-heart syndrome* consiste na lesão cardíaca induzida pelo AVC e integra as complicações cardíacas que dele podem advir, tais como as arritmias ou alterações nos marcadores cardíacos (Wang et al., 2024). Ainda, a pressão arterial elevada é comum imediatamente após o AVC. A pressão arterial sistólica é um importante preditor para o desenvolvimento de um novo AVC, sendo que, esta deve ser inferior a 140 mmHg (Gorelick et al., 2020). De salientar que, o Sr. M.F. já apresenta antecedentes relevantes que sustentam a identificação deste domínio como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca ou a presença de bloqueio aurículo-ventricular de 1º grau.

Domínio: Autocuidado

O autocuidado é influenciado por domínios, como a força muscular, equilíbrio, função motora fina, sensações somáticas ou a perceção corporal. A dependência nos autocuidados traduz-se na adoção de sistemas parcial ou totalmente compensatórios, segundo a teoria do autocuidado de Orem (2001). Tendo em consideração as competências específicas do EEER, nomeadamente o de maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa, cabe ao mesmo ensinar, instruir e treinar estratégias adaptativas para que a pessoa dependente consiga concretizar o autocuidado comprometido (Fernandes, et al., 2020; Santos et al., 2021).

Previamente ao internamento, o Sr. M.F. era independente nos autocuidados. No entanto, em resultado do AVC, a pessoa pode apresentar dependência nos autocuidados, daí a pertinência da identificação deste domínio.

Domínio: Status neurológico

Para além de explorar a presença de fatores de risco, na apreciação inicial deve ser realizada a avaliação do status neurológico da pessoa. A utilização da NIHSS permite avaliar a gravidade do AVC, sendo esta avaliação complementada pela avaliação dos nervos cranianos. Uma vez que, o Sr. M.F. teve um AVC, é fundamental a identificação deste domínio no sentido de proceder à recolha de dados que orientem o processo de tomada de decisão clínica no âmbito da reabilitação (Li et al., 2024; Powers et al., 2019).

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Consciente.

24-10-2024 09:30 - Escala de Coma de Glasgow com 15 de pontuação total (abertura ocular espontânea-4; resposta verbal orientada- 5; obedece a ordens-6).

24-10-2024 09:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]

02-11-2024 10:00 - Consciente.

Força muscular

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Força - contração muscular

24-10-2024 09:30 - Face Direita(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial.

24-10-2024 09:30 - Pálpebra Direita(o): ptose.

24-10-2024 09:30 - Ombro esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Ombro direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Joelho esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Joelho direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Pé esquerdo: dorsiflexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; flexão plantar: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Pé direito: dorsiflexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; flexão plantar: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. apresenta alteração da mímica facial quando solicitado para mostrar os dentes, fechar os olhos abruptamente ou enrugar a testa. Verifica-se ausência de rugas frontais, incapacidade para encerrar os lábios e desvio da comissura labial com apagamento do sulco nasolabial na hemiface direita.

24-10-2024 09:30 - Para a avaliação de déficit minor solicitou-se ao Sr. M.F. para fletir a articulação coxofemoral e os joelhos a 90°. Indicação de manter esta posição por 5 segundos. A pessoa não apresentou alterações.

24-10-2024 09:30 - Para a avaliação de déficit minor solicitou-se ao Sr. M.F. para, com os olhos fechados, fletir os braços até 90°, colocar os antebraços em supinação e as palmas das mãos viradas para cima. Indicação de manter esta posição durante 10 segundos. A pessoa não apresentou alterações.

24-10-2024 09:30 - Escala de House-Brackmann (House & Brackmann, 1985): Durante a avaliação da face, o Sr. M.F. apresenta parésia facial periférica direita bem evidente, com assimetria desfigurante; o olho direito não encerra completamente; boca assimétrica com o movimento; sem sincinesias - grau 4: disfunção moderada a grave.

24-10-2024 09:30 - Cotovelo esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; pronação: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; supinação: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Cotovelo direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; pronação: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; supinação: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Punho esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; desvio cubital: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; desvio radial: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Punho direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; desvio cubital: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; desvio radial: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Dedos mão esquerda: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Dedos mão direita: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência;

adução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Anca esquerda: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Anca direita: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-10-2024 09:30 - Paresia

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da força muscular

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da força - contração muscular [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Força - contração muscular

02-11-2024 10:00 - Pálpebra Direita(o): ptose [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Melhorar força muscular

24-10-2024 09:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir exercícios músculo-articulares [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Treinar exercícios músculo-articulares [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares da face

24-10-2024 09:30 - Instruir exercícios musculares da face [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar exercícios musculares da face [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Ombro esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-11-2024 10:00 - Ombro direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Joelho direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Pé esquerdo: dorsiflexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; flexão plantar: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-11-2024 10:00 - Pé direito: dorsiflexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não

contra a resistência; flexão plantar: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Para a avaliação de déficit menor solicitou-se ao Sr. M.F. para fletir a articulação coxofemoral e os joelhos a 90°. Indicação de encerrar os olhos e manter esta posição por 5 segundos. A pessoa não apresentou alterações.

02-11-2024 10:00 - Para a avaliação de déficit menor solicitou-se ao Sr. M.F. para, com os olhos fechados, fletir os braços até 90°, colocar os antebraços em supinação e as palmas das mãos viradas para cima. Indicação de encerrar os olhos e manter esta posição durante 10 segundos. A pessoa não apresentou alterações.

02-11-2024 10:00 - Cotovelo esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; pronação: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; supinação: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-11-2024 10:00 - Cotovelo direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; pronação: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; supinação: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Punho esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; desvio cubital: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; desvio radial: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-11-2024 10:00 - Punho direito: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; desvio cubital: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; desvio radial: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Dedos mão esquerda: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-11-2024 10:00 - Dedos mão direita: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Anca esquerda: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a

gravidade e contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-11-2024 10:00 - Anca direita: flexão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; abdução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; adução: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação interna: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência; rotação externa: movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência. Neste sentido, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4 segundo a escala Medical Research Council, tal como na primeira avaliação.

02-11-2024 10:00 - Escala de House-Brackmann (House & Brackmann, 1985): O Sr. M.F. mantém a parésia facial periférica direita bem evidente, com assimetria desfigurante; o olho direito não encerra completamente; boca assimétrica com o movimento; sem sincinesias - grau 4: disfunção moderada a grave.

02-11-2024 10:00 - Joelho esquerdo: flexão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência; extensão: movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

Movimento articular

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Articulação

24-10-2024 09:30 - Ombro Direita(o): Flexão.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Ombro Direita(o): Extensão.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Pronação.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Supinação.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Supinação.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Pronação.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Ombro Direita(o): Abdução.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular limitada.
24-10-2024 09:30 - Punho Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Direita(o): Desvio radial.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Direita(o): Adução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Direita(o): Abdução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Direita(o): Adução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Abdução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Adução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Direita(o): Rotação interna.

24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

- 24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.
24-10-2024 09:30 - Ombro Esquerda(o): Adução.
24-10-2024 09:30 - mobilidade articular total.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da mobilidade articular

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da mobilidade articular [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Articulação

02-11-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Extensão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Punho Direita(o): Flexão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Punho Direita(o): Extensão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Abdução.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Adução.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Abdução.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Abdução.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Adução.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Pronação.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Supinação.
02-11-2024 10:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Tónus muscular

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Tónus

24-10-2024 09:30 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-10-2024 09:30 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Grau 0 - sem

aumento do tónus muscular à mobilização passiva nos membros superiores e inferiores, não sendo identificada resistência ao movimento.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do tónus muscular

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do tónus muscular [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Tónus

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-11-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987): Grau 0 – sem aumento do tónus muscular à mobilização passiva nos membros superiores e inferiores, não sendo identificada resistência ao movimento.

Função motora fina

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Destreza manual

24-10-2024 09:30 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

24-10-2024 09:30 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da função motora fina

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da função motora fina [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Destreza manual

02-11-2024 10:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

Equilíbrio estático

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

24-10-2024 09:30 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. apresenta lateropulsão esquerda e retropulsão na posição ortostática estática.

24-10-2024 09:30 - Escala de Tinetti (equilíbrio sentado): estável e seguro (2); levantar-se: capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão ou não consegue à primeira tentativa (1); equilíbrio imediato nos primeiros cinco segundos: instável (0); equilíbrio em pé com pés paralelos: instável (0); pequenos desequilíbrios na mesma posição (pessoa de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno): começa a cair (0) - impossível de realizar; fechar os olhos na mesma posição: instável (0) - impossível de realizar; volta de 360º: instável (0) - impossível de realizar; apoio unipodal (aguenta pelo menos cinco segundos de forma estável): não

consegue aguentar ou tenta segurar-se a qualquer objeto (0) - impossível de realizar;
sentar-se: usa os braços ou movimento pouco harmonioso (1). Pontuação total de 4 em 16.

24-10-2024 09:30 - Equilíbrio estático comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do equilíbrio estático

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Melhorar equilíbrio estático

24-10-2024 09:30 - Assistir no treino do equilíbrio [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda

24-10-2024 09:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir o treino do equilíbrio estático [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar equilíbrio estático [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Treinar equilíbrio estático [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do significado atribuído ao treino do equilíbrio [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Realiza treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão do treino do equilíbrio estático mas disponibilidade para melhorar.

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Escala de Tinetti (equilíbrio estático): equilíbrio sentado: estável e seguro (2); levantar-se: capaz na primeira tentativa sem usar os braços (2); equilíbrio imediato nos primeiros cinco segundos: estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se (1); equilíbrio em pé com pés paralelos: estável mas alarga a base de sustentação (1); pequenos desequilíbrios na mesma posição (pessoa de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno): vacilante, agarra-se mas estabiliza (1); fechar os olhos na mesma posição: instável (0); volta de 360º: instável (0); apoio unipodal (aguenta pelo menos cinco segundos de forma estável): não consegue aguentar ou tenta segurar-se a qualquer objeto (0); sentar-se: seguro, movimento harmonioso (2). Pontuação total de 9 em 16.

Equilíbrio dinâmico

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

24-10-2024 09:30 - Escala de Tinetti (equilíbrio dinâmico): a pessoa irá realizar um percurso de 3 metros, em passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. O Sr. M.F. não possui auxiliar de marcha prévio ao internamento. Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida): hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar (0); largura do passo (pé direito): ultrapassa o pé esquerdo em apoio (1); altura do passo (pé direito): o pé direito não perde completamente o contacto com o solo (0); largura do passo (pé esquerdo): ultrapassa o pé direito em apoio (1); altura do passo (pé esquerdo): o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo (1); simetria do passo: comprimento do passo aparentemente assimétrico (0); continuidade do passo: para ou dá passos descontínuos (0); percurso de 3 metros: desvia-se da linha marcada (0); estabilidade do tronco: nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha (0); base de sustentação durante a marcha: calcanhares muito afastados (0). Pontuação total de 3 em 12.

24-10-2024 09:30 - Equilíbrio dinâmico comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Melhorar equilíbrio dinâmico

24-10-2024 09:30 - Assistir no treino do equilíbrio [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda

24-10-2024 09:30 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

24-10-2024 09:30 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do significado atribuído ao treino do equilíbrio [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico mas disponibilidade para melhorar.

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Escala de Tinetti (equilíbrio dinâmico): a pessoa irá realizar um percurso de 3 metros, em passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. O Sr. M.F. não possui auxiliar de marcha prévio ao internamento. Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida): sem hesitação (1); largura do passo (pé direito): ultrapassa o pé esquerdo em apoio (1); altura do passo (pé direito): o pé direito eleva-se completamente do solo (1); largura do passo (pé esquerdo): ultrapassa o pé direito em apoio (1); altura do

passo (pé esquerdo): o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo (1); simetria do passo: comprimento do passo aparentemente simétrico (1); continuidade do passo: para ou dá passos descontínuos (0); percurso de 3 metros: desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha (1); estabilidade do tronco: sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha (1); base de sustentação durante a marcha: calcanhares muito afastados (0). Pontuação total de 8 em 12.

Sensações somáticas

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Sensibilidade superficial

24-10-2024 09:30 - Membro superior Direita(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Direita(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Esquerda(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-10-2024 09:30 - Sensibilidade profunda

24-10-2024 09:30 - Membro superior Direita(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Direita(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Esquerda(o)

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

24-10-2024 09:30 - Sem manifestação de dor.

24-10-2024 09:30 - Durante a avaliação dos nervos cranianos V (trigémio), nomeadamente

na sensibilidade superficial na face direita verificou-se: sensação tátil: com compromisso; sensibilidade térmica: sem compromisso; sensibilidade dolorosa: sem compromisso.
24-10-2024 09:30 - Durante a avaliação dos nervos cranianos V (trigémio), nomeadamente na sensibilidade superficial na face esquerda: sensação tátil: sem compromisso; sensibilidade térmica: sem compromisso; sensibilidade dolorosa: sem compromisso.

24-10-2024 09:30 - Sensibilidade comprometida

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da sensibilidade

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da sensibilidade [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Sensibilidade superficial

02-11-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-11-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-11-2024 10:00 - Face Direita(o)

02-11-2024 10:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-11-2024 10:00 - Face Esquerda(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-11-2024 10:00 - Sensibilidade profunda

02-11-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

02-11-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

- 02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
02-11-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)
02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
02-11-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

24-10-2024 09:30 - Melhorar sensibilidade

24-10-2024 09:30 - Executar estimulação da sensibilidade tátil [1x sessão ou SOS]

Visão

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Acuidade visual

24-10-2024 09:30 - Bilateral: perda parcial crónica.

24-10-2024 09:30 - Na avaliação dos nervos cranianos III, IV e VI (oculomotor comum, troclear e abducente) verificou-se que a pessoa apresenta compromisso no movimento de abdução do olho direito, ptose palpebral do olho direito, contração pupilar bilateral e simétrica à luz direta, sem presença nistagmo horizontal ou vertical.

24-10-2024 09:30 - Na avaliação dos nervos cranianos II (ótico) a pessoa não evidenciou perda visual de novo.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. usa óculos de correção e é seguido em consulta externa de oftalmologia por suspeita de cataratas.

24-10-2024 09:30 - Visão comprometida

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da visão

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da visão (Bilateral) [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Acuidade visual

02-11-2024 10:00 - Bilateral: perda parcial crónica.

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda

24-10-2024 09:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

Audição

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Acuidade auditiva

24-10-2024 09:30 - Direita(o): sem compromisso.

24-10-2024 09:30 - Esquerda(o): sem compromisso.

24-10-2024 09:30 - Na avaliação dos nervos cranianos VIII (vestibulococlear) a pessoa apresentou audição simétrica na sussurrada, normal a “esfregar cabelo”.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da audição

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da audição [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Acuidade auditiva

02-11-2024 10:00 - Direita(o): sem compromisso.

02-11-2024 10:00 - Esquerda(o): sem compromisso.

Apetite

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Ingeriu parte das refeições.

24-10-2024 09:30 - Apetite diminuído.

24-10-2024 09:30 - Paladar conservado.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. refere que a falta de apetite se deve ao aspeto pouco apelativo e saboroso da dieta hospitalar.

24-10-2024 09:30 - Apetite comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do apetite

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do apetite [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Paladar conservado [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [SOS]

24-10-2024 09:30 - Melhorar apetite

24-10-2024 09:30 - Planear dieta [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Promover autogestão: apetite

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão do apetite [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do apetite.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão do apetite mas disponibilidade para melhorar.

Perceção corporal

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Perceção do corpo

24-10-2024 09:30 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

24-10-2024 09:30 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da negligência unilateral

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da negligência unilateral [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Perceção do corpo

02-11-2024 10:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

Reflexo corneano

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Integridade do reflexo corneano

24-10-2024 09:30 - Direita(o): com encerramento incompleto palpebral.

24-10-2024 09:30 - Esquerda(o): sem compromisso.

24-10-2024 09:30 - Reflexo corneano comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do reflexo corneano

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do reflexo corneano (Direita(o)) [1x sessão ou

SOS]

02-11-2024 10:00 - Integridade do reflexo corneano

02-11-2024 10:00 - Direita(o): com encerramento incompleto palpebral [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Esquerda(o): sem compromisso [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Referenciar compromisso do reflexo corneano ao médico [SOS]

24-10-2024 09:30 - Prevenir úlcera da córnea

24-10-2024 09:30 - Aplicar lubrificante ocular (Direita(o)) [9h; 21h ou sos]

24-10-2024 09:30 - Manter penso ocular (Direita(o)) [Turno da noite]

Comunicação verbal

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

24-10-2024 09:30 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

24-10-2024 09:30 - Comunicação verbal expressiva comprometida

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da comunicação

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da comunicação verbal [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Promover comunicação

24-10-2024 09:30 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [1x sessão ou SOS]

Sistema respiratório

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Frequência respiratória: 12 ciclos/min.

24-10-2024 09:30 - Ritmo respiratório regular.

24-10-2024 09:30 - Movimento respiratório simétrico.

24-10-2024 09:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

24-10-2024 09:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

24-10-2024 09:30 - Sem adejo nasal.

24-10-2024 09:30 - Saturação do oxigénio no sangue

24-10-2024 09:30 - Periférico(a): 96 %.

24-10-2024 09:30 - Coloração da mucosa: rosada.

24-10-2024 09:30 - Não comunica falta de ar.

24-10-2024 09:30 - Reflexo da tosse: presente.

24-10-2024 09:30 - Expele as secreções das vias aéreas.

24-10-2024 09:30 - Sons respiratórios: normais.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da ventilação

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da ventilação [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

02-11-2024 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue

02-11-2024 10:00 - Periférico(a): 96 %.

02-11-2024 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Localização do Pulso

24-10-2024 09:30 - Punho Esquerda(o)

24-10-2024 09:30 - Frequência do pulso: 66 pulsações por minuto.

24-10-2024 09:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-10-2024 09:30 - Pulso rítmico.

24-10-2024 09:30 - Pulso simétrico.

24-10-2024 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

24-10-2024 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

24-10-2024 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

24-10-2024 09:30 - Temperatura das extremidades

24-10-2024 09:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

24-10-2024 09:30 - Coloração das extremidades

24-10-2024 09:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

24-10-2024 09:30 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

24-10-2024 09:30 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

24-10-2024 09:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Localização do Pulso

02-11-2024 10:00 - Punho Esquerda(o)

02-11-2024 10:00 - Pulso rítmico.

02-11-2024 10:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

02-11-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-11-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 126 mmHg.

02-11-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Temperatura das extremidades

02-11-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Coloração das extremidades

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

02-11-2024 10:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

02-11-2024 10:00 - Pulso simétrico [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Mastigação

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Trituração diminuída.

24-10-2024 09:30 - Simetria do ciclo mastigatório

24-10-2024 09:30 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

24-10-2024 09:30 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.

24-10-2024 09:30 - Duração do ciclo mastigatório: aumentada (face à consistência dos alimentos) .

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. apresenta falta de peças dentárias, dentes incisivos e molares.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. refere realizar pelo menos uma consulta de medicina dentária por ano.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. mastiga maioritariamente os alimentos do lado esquerdo da cavidade oral.

24-10-2024 09:30 - Mastigação comprometida

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da mastigação

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da mastigação [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Trituração diminuída [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Simetria do ciclo mastigatório

02-11-2024 10:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Duração do ciclo mastigatório: aumentada (face à consistência dos alimentos) [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Referenciar mastigação comprometida ao médico [SOS]

24-10-2024 09:30 - Facilitar mastigação

24-10-2024 09:30 - Planear dieta [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Prevenir aspiração

24-10-2024 09:30 - Lavar cavidade oral [Antes e após as refeições]

24-10-2024 09:30 - Remover resíduos de alimentos da cavidade oral após a refeição [SOS]

24-10-2024 09:30 - Promover autogestão: mastigação

24-10-2024 09:30 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e a mastigação: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do significado atribuído à adequação da dieta [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da mastigação [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da mastigação.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão da mastigação mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Promover papel do cuidador: gestão da mastigação

24-10-2024 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação [Turno da manhã e turno da tarde]

02-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a mastigação [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre planeamento da dieta [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da mastigação [Turno da manhã e turno da tarde]

02-11-2024 10:00 - O cuidador adota parcialmente comportamentos de gestão da mastigação.

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - O Sr. M.F. mastiga os alimentos tanto do lado esquerdo como do lado direito na cavidade oral.

Deglutição

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Com indícios de compromisso da deglutição.

24-10-2024 09:30 - GUSS (Trapl et al., 2007): Avaliação indireta da deglutição: vígil mais de 15 minutos (1); tosse e pigarreio voluntário eficaz (1); deglutição de saliva eficaz (1); sem presença de sialorreia (1); sem alterações da voz durante a deglutição de saliva (1).

Avaliação direta para semi-sólido: deglutição demorada, superior a 2 segundos (1); sem tosse (1); sem sialorreia (1); com alteração de voz (0). Interrompida a avaliação.

24-10-2024 09:30 - À observação da ingestão da primeira refeição de dieta pastosa (IDSSI 4), o Sr. M.F. encontrava-se na posição de sentado com os pés bem apoiados no chão.

Apresentou acumulação involuntária de conteúdo alimentar na bochecha do lado direito, encerramento incompleto dos lábios durante a deglutição, escape anterior de conteúdo da cavidade oral à direita, deglutição fracionada. Sem diminuição na saturação periférica de oxigénio após deglutir. Sem necessidade de ingerir líquidos como auxiliar para a deglutição.

24-10-2024 09:30 - No momento de avaliação, o Sr. M.F. falou várias vezes com a esposa enquanto realizava a refeição.

24-10-2024 09:30 - No momento de avaliação, o Sr. M.F. apresentou singultos durante a refeição.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. refere não entender o porquê de não poder beber água.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. enche na totalidade a colher de sopa para ingerir a dieta pastosa.

24-10-2024 09:30 - Na admissão, o Sr. M.F. apresentava deglutição comprometida para

líquidos. Segundo o mesmo, com tosse e pigarreio após a sua ingestão.

24-10-2024 09:30 - Avaliada ingestão de semi-sólido para consistência tipo pudim: na administração de meia colher de sobremesa, o Sr. M.F. apresentou uma deglutição bem-sucedida dentro de dois segundos, sem presença de tosse até três minutos após a ingestão, sialorreia ou alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Repetido o processo com aumento do bolo alimentar para uma colher completa, e cinco colheres de sobremesa bem cheias, sem sinais de aspiração.

24-10-2024 09:30 - Avaliada ingestão de semi-sólido para consistência tipo mel: na administração de meia colher de sobremesa, o Sr. M.F. apresentou uma deglutição bem-sucedida dentro de dois segundos, sem presença de tosse até três minutos após a ingestão, sialorreia ou alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Repetido o processo com aumento do bolo alimentar para uma colher completa, e cinco colheres de sobremesa bem cheias, sem sinais de aspiração.

24-10-2024 09:30 - Avaliada ingestão de semi-sólido para consistência tipo néctar: na administração de meia colher de sobremesa, o Sr. M.F. apresentou atraso na deglutição, sem presença de tosse até três minutos após a ingestão ou sialorreia. Com presença de alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Interrompida a avaliação após ingestão de meia colher de sobremesa.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. apresenta controlo postural da cabeça na posição de sentado. No momento de avaliação da ingestão de líquidos para as diferentes consistências, a pessoa realizou várias vezes hiperextensão cervical.

24-10-2024 09:30 - Na avaliação dos nervos cranianos VII (facial) verificou-se que a pessoa apresenta parésia facial periférica direita, sem alteração do paladar nos 2/3 anteriores da língua. Na avaliação dos nervos cranianos IX (glossofaríngeo) verificou-se que a pessoa apresenta simetria do palato mole, sem alteração do paladar no 1/3 posterior da língua. Na avaliação dos nervos cranianos X (vago) verificou-se que a pessoa apresenta o reflexo de vômito preservado. Na avaliação dos nervos cranianos XII (hipoglosso) verificou-se que a pessoa apresenta movimentação da língua em todas as direções e contra as bochechas sem alterações.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. não possui alteração da sensibilidade na mucosa oral ou língua.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. refere que aumento do tempo de deglutição encontra-se relacionado com a falta de apetite.

24-10-2024 09:30 - Deglutição comprometida

24-10-2024 09:30 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Perda de conteúdo da cavidade oral, Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral, Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição, Alteração da voz após a deglutição, Posição anormal da cabeça durante a deglutição.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da deglutição

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da deglutição [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição.

24-10-2024 09:30 - Prevenir aspiração

24-10-2024 09:30 - Planear dieta [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [Antes da refeição]

24-10-2024 09:30 - Inserir sonda gástrica [SOS]

24-10-2024 09:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [Às refeições]

24-10-2024 09:30 - Promover autogestão: deglutição

24-10-2024 09:30 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído ao treino da deglutição: não dificultador.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [RESOLVIDO] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir técnica de deglutição [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar técnica de deglutição [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para deglutir

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para deglutir [1x sessão

ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - *Treinar técnica de deglutição [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - *Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução da autogestão da deglutição [1x sessão ou SOS]*

02-11-2024 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão da deglutição.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão da deglutição mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Promover autogestão: prevenção da aspiração

24-10-2024 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído à adequação da dieta: perda de prazer.

24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre a adequação da dieta e a prevenção da aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento oportuno.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [1x sessão ou SOS]*

02-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - *Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - *Ensinar sobre prevenção da aspiração [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar significado atribuído à adequação da dieta

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução do significado atribuído à adequação da dieta [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1x sessão ou SOS]*

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução da autogestão: prevenção da aspiração [1x sessão ou SOS]*

02-11-2024 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de prevenção de aspiração.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com os comportamentos de prevenção

de aspiração mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a adequação da dieta e a prevenção da aspiração

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a adequação da dieta e a prevenção da aspiração [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente a relação entre a adequação da dieta e a prevenção da aspiração [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Promover papel do cuidador: prevenção da aspiração

24-10-2024 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - É a cuidadora que confeciona os alimentos no domicílio.

24-10-2024 09:30 - A cuidadora vem visitar o Sr. M.F. todos os dias à hora de almoço.

24-10-2024 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição [Turno da manhã e turno da tarde]

02-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre planeamento da dieta [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [Turno da manhã e turno da tarde]

02-11-2024 10:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição [Turno da manhã e turno da tarde]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção da aspiração
[Turno da manhã e turno da tarde]

02-11-2024 10:00 - O cuidador adota parcialmente comportamentos de prevenção de aspiração.

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - GUSS (Trapl et al., 2007): Avaliação indireta da deglutição: vígil mais de 15 minutos (1); tosse e pigarreio voluntário eficaz (1); deglutição de saliva eficaz (1); sem presença de sialorreia (1); sem alterações da voz durante a deglutição de saliva (1).

Avaliação direta para semi-sólido: deglutição eficaz (2); sem tosse (1); sem sialorreia (1); sem alteração de voz (1). Avaliação direta para líquido: deglutição lenta (1); com tosse (0); sem sialorreia (1); com alteração de voz (0). Interrompida avaliação.

02-11-2024 10:00 - À observação da ingestão da refeição de dieta mole e húmida (IDSSI 5), o Sr. M.F. encontra-se na posição de sentado, com os pés bem apoiados no chão, com alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Utiliza as técnicas de deglutição durante a refeição. Com encerramento completo dos lábios. Não apresenta acumulação involuntária de conteúdo alimentar na bochecha do lado direito, sem escape anterior de conteúdo da cavidade oral à direita ou a presença de deglutição fracionada. Não fala durante as refeições. Não apresenta singultos durante a refeição. Não realiza hiperextensão cervical para a ingestão de semi-sólido para consistência tipo néctar.

02-11-2024 10:00 - Avaliada ingestão de líquido: na administração de 5 ml de água num copo com abertura, o Sr. M.F. apresentou atraso na deglutição, tosse até três minutos após a ingestão, mas sem sialorreia. Com presença de alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Interrompida a avaliação após ingestão de 5 ml de água.

02-11-2024 10:00 - Avaliada ingestão de semi-sólido para consistência tipo néctar: na administração de meia colher de sobremesa, o Sr. M.F. apresentou uma deglutição bem-sucedida dentro de dois segundos, sem presença de tosse até três minutos após a ingestão, sialorreia ou alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Repetido o processo com aumento do bolo alimentar para uma colher completa, e cinco colheres de sobremesa bem cheias, sem sinais de aspiração.

02-11-2024 10:00 - Avaliada ingestão de semi-sólido para consistência tipo mel: na administração de meia colher de sobremesa, o Sr. M.F. apresentou uma deglutição bem-sucedida dentro de dois segundos, sem presença de tosse até três minutos após a ingestão, sialorreia ou alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Repetido o processo com aumento do bolo alimentar para uma colher completa, e cinco colheres de sobremesa bem cheias, sem sinais de aspiração.

02-11-2024 10:00 - Avaliada ingestão de semi-sólido para consistência tipo pudim: na administração de meia colher de sobremesa, o Sr. M.F. apresentou uma deglutição bem-sucedida dentro de dois segundos, sem presença de tosse até três minutos após a ingestão, sialorreia ou alteração da voz após pronunciar um longo “ohhh”. Repetido o processo com aumento do bolo alimentar para uma colher completa, e cinco colheres de sobremesa bem cheias, sem sinais de aspiração.

Eliminação intestinal

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

24-10-2024 09:30 - Número de defecações por semana: 7.

24-10-2024 09:30 - Expulsão controlada de fezes.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x sessão]

02-11-2024 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

Eliminação urinária

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

24-10-2024 09:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

24-10-2024 09:30 - Transparência da urina: Límpida.

24-10-2024 09:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

24-10-2024 09:30 - Reconhece a vontade de urinar.

24-10-2024 09:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

24-10-2024 09:30 - Sem globo vesical.

24-10-2024 09:30 - Eliminação urinária involuntária ausente.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Sono

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Dormiu por períodos longos.

24-10-2024 09:30 - Sono reparador.

24-10-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

24-10-2024 09:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do sono

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do sono [Turno da noite]

02-11-2024 10:00 - Dormiu por períodos longos.

02-11-2024 10:00 - Sono reparador [MANTEVE].

Emoção

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Sem indícios de humor depressivo.

24-10-2024 09:30 - Não verbaliza ansiedade.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do humor

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do humor depressivo [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da ansiedade

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da ansiedade [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

Memória

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Sem dificuldade em reter nova informação.

24-10-2024 09:30 - Sem dificuldade em recuperar informação.

24-10-2024 09:30 - Sem desorientação face às pessoas.

24-10-2024 09:30 - Sem desorientação no espaço.

24-10-2024 09:30 - Sem desorientação no tempo.

24-10-2024 09:30 - Mini Mental State Examination de pontuação total 29 (referente entre 1 a 11 anos de escolaridade): orientação (9); retenção (3); atenção e cálculo (5); evocação (3); linguagem (8); habilidade construtiva (1).

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da memória

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da memória [Sem horário]

02-11-2024 10:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

02-11-2024 10:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução da orientação

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da orientação [Sem horário]

02-11-2024 10:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

Virar-se

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Capaz de mudar de posição na cama

24-10-2024 09:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do virar-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do virar-se [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

02-11-2024 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

24-10-2024 09:30 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

24-10-2024 09:30 - Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do erguer-se [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM]

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

02-11-2024 10:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

24-10-2024 09:30 - Assegurar atividades de erguer-se [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Assistir no erguer-se [Sem horário] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Promover autonomia para erguer-se [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para erguer-se

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para erguer-se

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se

[RESOLVIDO] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Capacidade para erguer-se

02-11-2024 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:30 - Instruir a erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Treinar a erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para erguer-se

[RESOLVIDO] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para erguer-se

02-11-2024 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:30 - Treinar a erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se [1x sessão ou SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Refere satisfação com a autonomia para erguer-se.

24-10-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Iniciar referência para a RNCCI [SOS] [FIM] 02-11-2024 10:00

Transferir-se

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

24-10-2024 09:30 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

24-10-2024 09:30 - Transferir-se comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do transferir-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do transferir-se [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

02-11-2024 10:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma

insegura e lentificada.

24-10-2024 09:30 - Assegurar atividades de transferir-se

24-10-2024 09:30 - Assistir no transferir-se [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda

24-10-2024 09:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Promover autonomia para transferir-se

24-10-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para transferir-se

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para transferir-se

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para transferir-se

02-11-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir a transferir-se [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar a transferir-se [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para transferir-se

02-11-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Treinar a transferir-se [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autonomia para transferir-se mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados

24-10-2024 09:30 - Iniciar referência para a RNCCI [SOS]

Sentar-se

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

24-10-2024 09:30 - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

24-10-2024 09:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

24-10-2024 09:30 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

24-10-2024 09:30 - Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do sentar-se [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução no sentar-se [1x sessão ou SOS]* [FIM]

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

02-11-2024 10:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MELHOROU].

02-11-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

02-11-2024 10:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Assegurar atividades de sentar-se [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Assistir no sentar-se usando dispositivo [Sem horário]* [FIM]

02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]*

[FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Promover autonomia para sentar-se [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para sentar-se

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

[RESOLVIDO] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução da capacidade para sentar-se [1x sessão ou SOS]* [FIM] 02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Capacidade para sentar-se

02-11-2024 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-10-2024 09:30 - *Instruir a sentar-se [1x sessão ou SOS]* [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Treinar o sentar-se [1x sessão ou SOS]* [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Avaliar evolução da autonomia para sentar-se [1x sessão ou SOS]* [FIM] 02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - Refere satisfação com a autonomia para sentar-se.

24-10-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados [FIM] 02-11-2024 10:00

24-10-2024 09:30 - *Iniciar referência para a RNCCI [SOS]* [FIM] 02-11-2024

10:00

Cuidar da higiene pessoal

24-10-2024 09:30

- 24-10-2024 09:30 - Não obtém objetos para o banho.
24-10-2024 09:30 - Abre a torneira.
24-10-2024 09:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.
24-10-2024 09:30 - Lava a cavidade oral.
24-10-2024 09:30 - Aplica produtos de higiene.
24-10-2024 09:30 - Capaz de pentear-se
24-10-2024 09:30 - Penteia-se.
24-10-2024 09:30 - Barbeia-se.
24-10-2024 09:30 - Capaz de cortar as unhas
24-10-2024 09:30 - Não corta as unhas.
24-10-2024 09:30 - Não se limpa após usar o sanitário.
24-10-2024 09:30 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

24-10-2024 09:30 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Turno da manhã]

- 02-11-2024 10:00 - Obtém objetos para o banho [MELHOROU].
02-11-2024 10:00 - Abre a torneira [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
02-11-2024 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Capaz de pentear-se
02-11-2024 10:00 - Penteia-se [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Barbeia-se [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Capaz de cortar as unhas
02-11-2024 10:00 - Não corta as unhas [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].
02-11-2024 10:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

24-10-2024 09:30 - Assegurar atividades de higiene pessoal

*24-10-2024 09:30 - Assistir no arranjar-se [Turno da manhã]
24-10-2024 09:30 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [Turno da manhã]
24-10-2024 09:30 - Assistir no uso do sanitário [Sem horário]*

24-10-2024 09:30 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

- 24-10-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.
24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.
24-10-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário
24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para tomar banho

24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Capacidade no uso do sanitário

24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para tomar banho

24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia no uso do sanitário

24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho

(Dispositivos: Cadeira de banho) [Turno da manhã]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para tomar banho

02-11-2024 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir a tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [Turno da manhã]

24-10-2024 09:30 - Treinar a tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [Turno da manhã]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário

(Dispositivos: Barra de apoio) [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capacidade no uso do sanitário

02-11-2024 10:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir a usar sanitário (Dispositivos: Barra de apoio) [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar uso do sanitário (Dispositivos: Barra de apoio) [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho

(Dispositivos: Cadeira de banho) [Turno da manhã]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para tomar banho

02-11-2024 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser

melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Treinar a tomar banho (Dispositivos: Cadeira de banho) [Turno da manhã]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia no uso do sanitário

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia no uso do sanitário (Dispositivos: Barra de apoio) [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

02-11-2024 10:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Treinar uso do sanitário (Dispositivos: Barra de apoio) [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Turno da manhã]

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados

24-10-2024 09:30 - Iniciar referência para a RNCCI [SOS]

Vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Escolhe as roupas.

24-10-2024 09:30 - Não retira roupa da gaveta ou armário.

24-10-2024 09:30 - Capaz de vestir-se

24-10-2024 09:30 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

24-10-2024 09:30 - Capaz de abotoar-se

24-10-2024 09:30 - Abotoa.

24-10-2024 09:30 - Capaz de atar cordões

24-10-2024 09:30 - Não ata cordões.

24-10-2024 09:30 - Capaz de calçar meias

24-10-2024 09:30 - Não calça as meias.

24-10-2024 09:30 - Vestir-se ou despir-se comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno da manhã]

02-11-2024 10:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MELHOROU].

02-11-2024 10:00 - Capaz de vestir-se

02-11-2024 10:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Capaz de abotoar-se

02-11-2024 10:00 - Abotoa [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Capaz de atar cordões

02-11-2024 10:00 - Não ata cordões [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Capaz de calçar meias

02-11-2024 10:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Turno da manhã ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30 - facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Turno da manhã]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

02-11-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Turno da manhã]

24-10-2024 09:30 - Treinar vestir-se ou despir-se [Turno da manhã]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [Turno da manhã]

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados

24-10-2024 09:30 - Iniciar referenciação para a RNCCI [SOS]

Andar

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Capaz de mover-se através da marcha

24-10-2024 09:30 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

24-10-2024 09:30 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

24-10-2024 09:30 - O Sr. M.F. refere sentir maior sensação de segurança com apoio bilateral do que com o andarilho.

24-10-2024 09:30 - Andar comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do andar

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do andar [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capaz de mover-se através da marcha

02-11-2024 10:00 - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Prevenir queda

24-10-2024 09:30 - Assistir no andar [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

24-10-2024 09:30 - Promover autonomia para andar

24-10-2024 09:30 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

24-10-2024 09:30 - Capacidade para andar

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Autoeficácia para andar

24-10-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

24-10-2024 09:30 - não dificultador.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para andar

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para andar [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capacidade para andar

02-11-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Instruir a andar [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Treinar o andar [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Autoeficácia para andar

02-11-2024 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Treinar o andar [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autonomia para andar [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autonomia para andar mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Promover autogestão: prevenção de quedas

24-10-2024 09:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

24-10-2024 09:30 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x sessão ou SOS]

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Adota parcialmente comportamentos de prevenção de quedas.

02-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com os comportamentos de prevenção de quedas mas disponibilidade para melhorar.

24-10-2024 09:30 - Assegurar continuidade de cuidados

24-10-2024 09:30 - Iniciar referenciação para a RNCCI [SOS]

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - O Sr. M.F. é capaz de mover-se através da marcha com apoio unilateral.

Alimentar-se

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

24-10-2024 09:30 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

24-10-2024 09:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

24-10-2024 09:30 - Prepara os alimentos para a refeição.

24-10-2024 09:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

24-10-2024 09:30 - Organiza os alimentos para a refeição.

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do alimentar-se

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do alimentar-se [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

02-11-2024 10:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

02-11-2024 10:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

02-11-2024 10:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

02-11-2024 10:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Status neurológico

24-10-2024 09:30

24-10-2024 09:30 - NIHSS (Brott et al., 1989) de pontuação total 6: acordado (0); responde corretamente a questões (0); cumpre ordens (0); parésia parcial do olhar conjugado para a direita do olho direito (1); sem perda visual (0); parésia facial periférica direita (3); sem queda nos membros superiores (0); sem queda nos membros inferiores (0); prova calcanhar-jelho sem alterações e dismetria à direita na prova dedo-nariz com os olhos encerrados (1); sem perda de sensibilidade (0); sem afasia (0); disartria leve (1); sem extinção ou desatenção (0).

24-10-2024 09:30 - Status neurológico comprometido

24-10-2024 09:30 - Determinar evolução do status neurológico

24-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do status neurológico [1x sessão ou SOS]

02-11-2024 10:00

02-11-2024 10:00 - NIHSS (Brott et al., 1989) de pontuação total 5: acordado (0); responde corretamente a questões (0); cumpre ordens (0); parésia parcial do olhar conjugado (1); sem perda visual (0); parésia facial periférica direita (3); sem queda nos membros superiores (0); sem queda nos membros inferiores (0); sem ataxia dos membros (0); sem perda de sensibilidade (0); sem afasia (0); disartria leve (1); sem extinção ou desatenção (0).

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Informar a pessoa que, no sentido da prevenção de quedas, deve atender às seguintes precauções: uma adequada iluminação do local; remoção de obstáculos e eliminação de barreiras arquitetónicas no percurso; piso seco; cadeirão, cama ou cadeira de banho travados; calçado e vestuário adequados à marcha (Direção-Geral da Saúde, 2019).
- Informar a pessoa que, sempre que necessitar, em ambiente hospitalar deve utilizar a campinha (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Respeitando o movimento indolor, assistir na realização da flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa do ombro direito. Assistir na realização da flexão e extensão do cotovelo direito. Assistir na realização da flexão, extensão, desvio cubital e desvio radial do punho direito. Assistir na realização da flexão do 1º ao 4º dedo da mão direita de forma isolada ou em conjunto. Assistir na realização da extensão dos dedos sem tocar nas extremidades dos mesmos. Assistir na realização da abdução e adução do 1º ao 4º dedo da mão direita. Assistir na realização da flexão, extensão, abdução, adução e oponência do polegar direito. Realizar 1 série de 10 repetições para cada movimento (Araújo et al., 2021; Rocha et al., 2020).
- Respeitando o movimento indolor, assistir na realização da flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa da anca à direita. Assistir na realização da flexão e extensão do joelho direito. Assistir na realização da dorsiflexão e flexão plantar do pé direito. Realizar 1 série de 10 repetições para cada movimento (Araújo et al., 2021; Rocha et al., 2020).

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Durante a refeição, a pessoa deve estar sentada com alinhamento da cabeça, tronco e extremidades. Os pés devem estar bem apoiados no chão. A região lombar deve estar apoiada nas costas da cadeira e a pélvis em postura neutra (Araújo et al., 2021).

Posicionar para prevenir a aspiração

- Permanecer na posição de sentado 30 minutos após a refeição, de modo a evitar a

regurgitação e a favorecer o esvaziamento gástrico (Araújo et al., 2021; Nassri & Schey, 2020).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Solicitar à pessoa que, em decúbito dorsal realize o exercício de ponte (Ghrouz et al., 2024; Rocha et al., 2020).
- Solicitar à pessoa que realize exercícios de automobilização no hemicorpo direito. Para os membros superiores, solicitar à pessoa para entrelaçar os dedos de ambas as mãos e elevar os membros superiores acima da cabeça com os cotovelos em extensão. Para os membros inferiores, solicitar à pessoa para colocar o membro inferior direito por cima do esquerdo e realizar a flexão e extensão do mesmo (Araújo et al., 2021; Rocha et al., 2020).

Treinar exercícios músculo-articulares

- Realizar 1 série de 10 repetições (Rocha et al., 2020).

Instruir o treino do equilíbrio estático

- Solicitar à pessoa que, na posição ortostática, numa superfície plana em frente a um espelho quadriculado, tente manter o equilíbrio com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo (Limão & Martins, 2021; Rocha et al., 2020).

Treinar equilíbrio estático

- Manter a posição ortostática cerca de 10 segundos, 3 séries (Limão & Martins, 2021).

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Solicitar à pessoa que se sente numa cadeira e se levante. Inicialmente com apoio de braços e posteriormente sem apoio de braços (Ghrouz et al., 2024; Limão & Martins, 2021).
- Solicitar à pessoa que, na posição ortostática e apoiado numa superfície estável, realize alternância de carga nos membros inferiores (Limão & Martins, 2021; Rocha et al., 2020).
- Solicitar à pessoa que, na posição ortostática e apoiado numa superfície estável, realize flexão/extensão do joelho, flexão/extensão da coxofemoral, abdução/adução alternada dos membros inferiores (Ghrouz et al., 2024; Rocha et al., 2020).
- Solicitar à pessoa que realize a marcha sobre uma linha reta. Posteriormente, solicitar à mesma que realize a marcha sobre uma linha reta com simultânea rotação lateral da cabeça (Ghrouz et al., 2024; Limão & Martins, 2021).
- Solicitar à pessoa que, com os pés assentes no chão e sentado na berma da cadeira, incline o tronco para a frente com o objetivo de apanhar um objeto com a mão direita e regresse à posição inicial mantendo o controlo postural (Araújo et al., 2021; Limão & Martins, 2021).
- Solicitar à pessoa que, na posição ortostática e apoiado numa superfície estável, levante os calcanhares do chão e permaneça em bicos de pés cerca de 10 segundos (Limão & Martins, 2021).
- Solicitar à pessoa que, na posição ortostática e apoiado numa superfície estável, realize agachamentos (Ghrouz et al., 2024; Rocha et al., 2020).

Treinar equilíbrio dinâmico

- Realizar 10 repetições de cada exercício na posição ortostática com o apoio de uma superfície estável, como a grade lateral da cama (Santos et al., 2020).
- Realizar 10 repetições do exercício sentar/levantar da cadeira (Santos et al., 2020).

Instruir a transferir-se

- Solicitar à pessoa que, para a transferência da cama para a cadeira, se vire para o lado direito. Posteriormente, que exerça carga no cotovelo direito e empurre o colchão com a mão direita. Este movimento irá conduzir à extensão do cotovelo e à adoção da postura de sentado. Por último, solicitar à pessoa que, já na posição de sentado, coloque as mãos na cama, uma de cada lado (Araújo et al., 2021).

Instruir a andar

- Assegurar que o percurso do treino de marcha se encontra livre de obstáculos. Para além disso, devem ser planeados pontos de descanso.
- Solicitar à pessoa que ande numa linha reta em superfície plana. O EEER deve posicionar-se do lado direito da pessoa e suportar o membro superior a nível proximal e distal, ficando o cotovelo e o punho em extensão (Araújo et al., 2021).

Treinar o andar

- Realizar o treino por curtos períodos e várias vezes ao dia (Araújo et al., 2021).

Instruir a erguer-se

- Solicitar à pessoa que, com recurso aos braços da cadeira, realize a flexão anterior do tronco e exerça força nos membros superiores para se erguer (Araújo et al., 2021).

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Privilegiar um ambiente calmo e com pouco ruído (Spencer & Brown, 2018).
- Evitar mudanças súbitas de assunto (Spencer & Brown, 2018).
- Evitar a comunicação a longas distâncias (Spencer & Brown, 2018).
- Solicitar à pessoa que fale devagar e pedir esclarecimentos sempre que necessário (Spencer & Brown, 2018).

Ensinar sobre dieta para facilitar a deglutição

- Informar a pessoa que os líquidos são modificados através do uso de espessante, produto que pode ser adquirido em farmácias. Preferencialmente o espessante deve ser à base de goma xantana, uma vez que, não altera o sabor e a viscosidade é mais estável (Costa et al., 2023; Hadde et al., 2021; Vidal- Casariego et al. 2021).
- Informar a pessoa que os líquidos de consistência néctar (IDDSI 2) caracterizam-se por fluir da colher e poder ser bebido em goles (Chichero et al., 2017).
- Informar a pessoa que, para a preparação do líquido de consistência néctar, deve adicionar duas colheres rasas de espessante à quantidade de 200 ml de líquido fino. A colher-medida encontra-se dentro do frasco de espessante. Além disso, deve verificar as recomendações do fabricante para saber como obter a consistência recomendada pelo profissional de saúde.
- Informar a pessoa que os líquidos espessados não devem conter grumos e não é

necessário mastigá-los antes da ingestão (Leão, 2020).

- Informar a pessoa que, caso a dieta mole de consistência macia e picada apresente molho no prato, o Sr. M.F. não o deve ingerir.

Ensinar sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Informar a pessoa que, durante as refeições, deve encontrar-se na posição de sentada com os pés bem apoiados no chão e com a região lombar apoiada nas costas da cadeira (Araújo et al., 2021).

Instruir técnica de deglutição

- Solicitar à pessoa que realize a manobra de deglutição dupla. Desta forma, solicita-se uma segunda deglutição, a fim de reduzir os resíduos presentes na cavidade oral e os resíduos faríngeos (Muñoz & Rodríguez, 2020; Nassri & Schey, 2020).
- Durante a refeição, solicitar à pessoa a realização de tosse voluntária com o objetivo de mobilizar os resíduos presentes na região inferior da laringe (Borders & Troche, 2022).
- Solicitar à pessoa que realize a manobra de deglutição forçada sem alimento. Desta forma, solicita-se à pessoa que degluta com força, enquanto empurra firmemente a língua para cima e para trás em direção ao palato mole (Calvache et al., 2024; Nassri & Schey, 2020).
- Solicitar à pessoa cinco repetições de cada exercício de fortalecimento muscular e amplitude de movimento. Desta forma, solicitar à pessoa para lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro; protrair/retrair a língua; “varrer” com a língua o palato antero-posteriormente; empurrar as bochechas com a ponta da língua; realizar o movimento de sucção; realizar o movimento de mandar beijos; insuflar as bochechas, unilateral e bilateralmente; repetir fortemente os sons “PÁ PÁ PÁ”, “TÁ TÁ TÁ” e “CÁ CÁ CÁ” (Menoita, 2012; Santos et al., 2020).
- Solicitar à pessoa que realize a técnica de deglutição dupla com o líquido espessado de sabor a limão. Desta forma, utiliza-se a estratégia compensatória sensorial, com recurso ao sabor amargo (Gatto et al., 2021).

Ensinar sobre dieta para facilitar a mastigação

- Informar a pessoa que deve mastigar também os alimentos no lado direito da cavidade oral.
- Informar a pessoa que, dada a falta de peças dentárias, é expectável que o tempo de trituração esteja aumentado. Ressalvar que, a mastigação é um mecanismo importante para a modificação do alimento em bolo alimentar, com as características adequadas para ser deglutido em segurança (Chhetri & Dewan, 2019; Seeley et al., 2016).

Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a mastigação

- Informar o cuidador que os alimentos devem ser bem cozinhados para facilitar o processo de mastigação (Costa et al., 2023).

Ensinar cuidador sobre planeamento da dieta

- Informar o cuidador que a dieta para a pessoa com deglutição comprometida não necessita de ser confeccionada à parte. As refeições podem ser confeccionadas de igual forma, apenas devem ser ajustadas à consistência adequada.

- Informar o cuidador sobre manuais de receitas adaptadas como “Disfagia: receitas adaptadas com cor e sabor” (Leão, 2022) e “Receitas de textura modificada: comer é para todos!” (Costa et al., 2023).
- Recomendar ao cuidador que utilize ingredientes frescos e da época, uma vez que estes são mais saborosos. Esta intervenção contribui para o aumento do apetite do Sr. M.F. (Leão, 2022).

Ensinar cuidador sobre dieta para facilitar a deglutição

- Informar o cuidador que existem diferentes tipos de dieta de textura modificada. A dieta mole de consistência macia e picada caracteriza-se pela presença de alimentos semelhantes à dieta geral, mas facilmente mastigáveis e desconstruídos com o garfo. Na dieta mole de consistência moída e húmida, os alimentos formam facilmente uma bola e é possível amassá-los com o garfo ou colher. Já na dieta cremosa, os alimentos são homogêneos, coesos, sem grumos ou com pedaços, e a sua textura assemelha-se a pudim (Gregório & Graça, 2021).
- Informar o cuidador que deve triturar os comprimidos e administrá-los com líquido espessado.
- Informar o cuidador que deve primeiro adicionar o espessante e só depois o líquido. De seguida, deve mexer bem e deixar repousar alguns minutos até obter a consistência desejada. Durante o período de repouso não deve adicionar mais espessante (Costa et al., 2023).
- Informar o cuidador que, após preparado, o líquido espessado possui uma estabilidade de duas horas. No entanto, deve consultar as recomendações do fabricante.
- Informar o cuidador que, após abrir a lata de espessante, a mesma deve ser consumida até 2 meses. No entanto, deve consultar as recomendações do fabricante.
- Informar o cuidador que, caso tenha necessidade de espessar a sopa, deve adicionar o respetivo espessante e envolver com um garfo para evitar a formação de grumos.
- Informar o cuidador que os líquidos são modificados através do uso de espessante, produto que pode ser adquirido em farmácias. Preferencialmente o espessante deve ser à base de goma xantana, uma vez que, não altera o sabor e a viscosidade é mais estável (Costa et al., 2023; Hadde et al., 2021; Vidal- Casariego et al. 2021).
- Informar o cuidador que os líquidos de consistência néctar (IDDSI 2) caracterizam-se por fluir da colher e poderem ser bebido em goles (Chichero et al., 2017).
- Informar o cuidador que, para a preparação do líquido de consistência néctar, deve adicionar duas colheres rasas de espessante à quantidade de 200 ml de líquido fino. A colher-medida encontra-se dentro do frasco de espessante. Além disso, deve verificar as recomendações do fabricante para saber como obter a consistência recomendada pelo profissional de saúde.

Ensinar cuidador sobre posicionamento facilitador da deglutição

- Informar o cuidador que, durante as refeições, a pessoa com compromisso na deglutição deve estar na posição de sentado com os pés bem apoiados no chão e com a região lombar apoiada nas costas da cadeira (Araújo et al., 2021).

Instruir a tomar banho

- Solicitar à pessoa que, numa cadeira de banho estável, cruze o membro inferior direito sobre o membro inferior esquerdo e que o lave/sequie de forma autónoma (Araújo et al., 2021).
- Informar a pessoa que a esponja de cabo longo permite lavar todo o membro inferior.

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Solicitar à pessoa que, para vestir as calças, cruze a perna e vista primeiro o lado direito. De seguida, com o auxílio do EEER, a pessoa deve apoiar o membro superior direito em extensão sobre uma superfície estável e puxar as calças para cima (Araújo et al., 2021).
- Solicitar à pessoa que, para despir a parte inferior, desça as calças na posição ortostática. De seguida, solicitar que se sente e dispa primeiro o lado esquerdo. Para retirar as calças, a pessoa deve cruzar o membro inferior direito por cima do esquerdo (Araújo et al., 2021).
- Solicitar à pessoa que, para calçar ou descalçar as sapatilhas sem atacadores, cruze alternadamente os dois membros inferiores (Araújo et al., 2021).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Solicitar à pessoa que realize a flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa do ombro direito, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Solicitar à pessoa que realize a flexão e extensão do cotovelo direito, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Solicitar à pessoa que realize a flexão, extensão, desvio cubital e desvio radial do punho direito, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Solicitar à pessoa que realize a flexão, extensão, abdução e adução do 1º ao 4º dedo da mão direita, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Solicitar à pessoa que realize a flexão, extensão, abdução, adução e oponência do polegar direito, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Realizar 1 série de 10 repetições para cada movimento (Araújo et al., 2021; Rocha et al., 2020).
- Solicitar à pessoa que realize a flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa da anca à direita, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Solicitar à pessoa que realize a flexão e extensão do joelho direito, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Solicitar à pessoa que realize a dorsiflexão e flexão plantar do pé direito, enquanto o EEER executa resistência no sentido oposto ao movimento solicitado. Realizar 1 série de 10 repetições para cada movimento (Araújo et al., 2021; Rocha et al., 2020).

Executar estimulação da sensibilidade tátil

- Realizar uma massagem aos músculos faciais em ambos os lados da face, através de movimentos circulares com um cubo de gelo envolto numa compressa. Iniciar estimulação do músculo frontal, prócero, corrugador, levantador da asa do nariz, transverso, orbicular dos olhos, levantador da pálpebra superior, zigomático menor, zigomático maior, orbicular dos lábios, depressor do lábio interior, levantador do ângulo da boca, depressor do ângulo dos lábios, mentoniano e platisma (Adhikari et al., 2020; Pimenta et al., 2019).
- Solicitar à pessoa que resista ao movimento realizado pelo EEER cerca de 5 segundos (Adhikari et al., 2020; Araújo et al., 2021).

- Realizar 3 a 5 repetições para cada músculo, 1 série, todos os dias durante 4 semanas (Adhikari et al., 2020).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Relativamente ao significado atribuído à adequação da dieta, informar a pessoa que, para além do sabor neutro, existem vários sabores de espessante à base de goma xantana, tais como, frutos vermelhos, café, limão ou laranja. Analisar com a pessoa soluções para a perda de prazer às refeições como o aumento da sua variabilidade, atratividade visual, cor individualizada dos alimentos, odor e paladar agradáveis (Araújo et al., 2021; Leão, 2022).
- Relativamente ao significado atribuído ao treino de equilíbrio, o medo de cair conduz à limitação da atividade e à restrição na participação. Isto pode evitar a ocorrência de quedas a curto prazo, mas a longo prazo contribui para a ocorrência do mesmo episódio devido ao compromisso de determinados processos corporais desencadeados pela limitação da atividade. Além disso, o medo de cair promove padrões de marcha e posturas desadequadas que contribuem para o aumento do risco de queda. Apesar de não apresentar história de quedas, o Sr. M.F. apresenta medo de cair. Esta emoção negativa é influenciada pelo compromisso no equilíbrio e no autocuidado andar. Por sua vez, o equilíbrio é influenciado pelo sistema vestibular e somatossensitivo e, por isso, a pessoa com audição ou visão comprometida também pode apresentar medo de cair (Peeters et al., 2020).

Instruir a usar sanitário

- Solicitar à pessoa que, para se sentar na sanita, deve apoiar-se nas barras de apoio fixas. De seguida, deve baixar-se lentamente exercendo força nos membros superiores. Para se levantar, solicitar à pessoa que se apoie novamente nas barras de apoio fixas (Araújo et al., 2021).

Adequar o vestuário para prevenir queda

- Incentivar o uso de calçado fechado atrás, adaptado ao pé e com sola antiderrapante (Araújo et al., 2021).
- Incentivar ao uso de roupa adequada à marcha (calças não demasiado largas nem compridas) (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- O EEER deve certificar-se que, durante a realização dos exercícios na berma da cama ou na realização dos autocuidados sentar-se, transferir-se ou erguer-se, os equipamentos se encontram travados. Além disso, durante o treino de marcha, o percurso deve encontrar-se seco, sem obstáculos e com a presença de pontos de descanso.

Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Informar a pessoa que deve ser privilegiado um local de refeição calmo e com poucos estímulos, para que a pessoa com compromisso na deglutição se concentre no ato de deglutir (Araújo et al., 2021).
- Informar a pessoa que o ritmo de refeição deve ser pausado (Araújo et al., 2021).
- Informar a pessoa que o alimento deve ser direcionado para a parte média da língua, sendo posteriormente realizada uma pressão da colher sobre a língua para estimular o

reflexo de deglutição (Araújo et al., 2021).

- Informar a pessoa que, após as refeições, deve proceder à lavagem e escovagem dos dentes (Araújo et al., 2021).
- Informar a pessoa que, após a refeição, deve ingerir líquidos espessados para promover a limpeza de resíduos alimentares ainda presentes na cavidade oral (Araújo et al., 2021).
- Informar a pessoa que não deve beber líquidos com palhinha, uma vez que, aumenta o risco de aspiração por aumento da velocidade do fluxo do bólus.
- No sentido de promover a coordenação entre a deglutição e respiração, evitando os singultos, o Sr. M.F. deve reter os alimentos na cavidade oral e só depois deglutir.
- Informar a pessoa que, o uso de uma colher de sobremesa de metal ajuda a diminuir a quantidade de alimentos disponível a cada deglutição.
- Informar a pessoa que, antes da refeição, deve remover as roupas que apertem o pescoço e abdómen.
- Informar a pessoa que a tosse, alteração da voz e pigarreio após a deglutição são sinais de compromisso da mesma (Trapl et al., 2007).
- Informar a pessoa que o copo com abertura ajuda a evitar a hiperextensão cervical e, por sua vez, a prevenir a aspiração (Araújo et al., 2021).

Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição

- Analisar com o Sr. M.F. as manifestações de compromisso na deglutição: acumulação de conteúdo alimentar na bochecha do lado direito, encerramento incompleto dos lábios durante a deglutição, escape anterior à direita do conteúdo alimentar e deglutição fracionada. A deglutição comprometida pode conduzir a complicações respiratórias e nutricionais que possuem um impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida. Desta forma, torna-se necessário definir exercícios de reabilitação, dentro do plano de cuidados especializado, com o objetivo de promover o processo de recuperação deste mecanismo (Arreola et al., 2024; Oliveira et al., 2021; Powers et al., 2019).

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Informar o cuidador que não deve providenciar a refeição ao Sr. M.F. caso o mesmo esteja sonolento ou não apresente controlo postural da cabeça (Araújo et al., 2021).
- Informar o cuidador que, sempre que possível, a pessoa deve alimentar-se pela sua própria mão (Araújo et al., 2021).
- Informar o cuidador que, após as refeições, deve providenciar ao Sr. M.F. material de lavagem e escovagem dos dentes.
- Informar o cuidador que, não se recomenda a alteração da textura da dieta ou o fornecimento de líquidos finos ao Sr. M.F. sem antes ser avaliado por um profissional de saúde especializado.

Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições

- Informar o cuidador que, após as refeições, deve despistar a acumulação de resíduos alimentares na cavidade oral (Araújo et al., 2021).

Instruir a sentar-se

- Solicitar à pessoa que aproxime a região poplíteia da berma da cadeira. Solicitar que

coloque as mãos nos braços da cadeira e que se sente lentamente, exercendo força nos membros superiores (Araújo et al., 2021).

Analisar com o cliente a relação entre a adequação da dieta e a prevenção da aspiração

- O compromisso da deglutição é frequente após o AVC. A presença deste compromisso aumenta o risco para o desenvolvimento de complicações como a pneumonia por aspiração. Neste sentido, atendendo à sua gravidade, importa adequar a dieta e modificar os líquidos através do uso de espessante com o objetivo de reduzir o risco de aspiração e promover a segurança da deglutição (Jameson et al., 2020; Newman et al., 2016; Powers et al., 2019).

Instruir exercícios musculares da face

- Solicitar à pessoa una as sobrancelhas, enrugue a testa juntando as sobrancelhas na parte superior do nariz, eleve as sobrancelhas, encerre abruptamente os olhos, sorria sem mostrar os dentes, sorria a mostrar os dentes, assobie, encha as bochechas de ar e que realize a depressão do lábio inferior (Araújo et al., 2021).

Treinar exercícios musculares da face

- Na posição de sentado, realizar 5 a 10 repetições de cada exercício em frente ao espelho, três vezes ao dia (Pimenta et al., 2019; Santos et al., 2020).

3.8. Síntese relativa ao caso

A conceção de cuidados apresentada teve como foco a pessoa e o cuidador, a fim de promover um processo de transição saúde-doença e transição situacional saudável, com base na teoria das transições (Meleis et al., 2000).

O Sr. M.F. foi admitido na unidade de AVC após um AVC isquémico na artéria cerebral posterior esquerda. A unidade de AVC é caracterizada pela presença de uma equipa multidisciplinar, disponível 24 horas, para o diagnóstico e terapêutica do AVC. A sua organização assegura o acesso a cuidados de saúde de qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Devido à janela temporal, o Sr. M.F. não tinha indicação para realizar trombólise ou trombectomia mecânica. No entanto, quando admitido na unidade de AVC, assim que clinicamente estável, iniciou precocemente o processo de reabilitação. A unidade de AVC indicada no relatório conta com a presença de dois EEER durante o período da manhã, inclusive ao fim-de semana e feriados.

Para a avaliação neurológica utilizou-se a NIHSS (Brott et al., 1989). Este instrumento de avaliação de uso sistemático permite a avaliação dos défices neurológicos relacionados com o AVC. No contacto de dia 24 de outubro, verificou-se uma NIHSS de pontuação total 6 devido à presença de parésia parcial do olhar conjugado para a direita do olho direito, parésia facial

periférica direita, dismetria à direita na prova dedo-nariz com os olhos encerrados e disartria leve. No contacto de dia 2 de novembro, o Sr. M.F. pontuou 5 na NIHSS por manutenção da parésia parcial do olhar conjugado para a direita do olho direito e a parésia facial periférica direita. Porém, este instrumento apresenta algumas limitações, uma vez que, não avalia detalhadamente os nervos cranianos e apresenta uma pontuação menos confiável quando submetido a pessoas com compromisso cognitivo (Budinčević et al., 2022).

Por este motivo, completou-se a avaliação do status neurológico com a avaliação dos nervos cranianos. Apenas foram detetadas alterações nos nervos cranianos oculomotor, facial e no ramo oftálmico do trigémio. Deste modo, verificou-se que o Sr. M.F. apresenta compromisso no movimento de abdução do olho direito e ptose palpebral à direita. Para estimular o encerramento total do olho direito, foi aplicado no período diurno o *kinesio tape* na pálpebra inferior do mesmo.

Ressalvar que, apesar de não surgir na conceção de cuidados, a avaliação dos nervos cranianos olfativo e acessório foi realizada e não se identificaram alterações.

O Sr. M.F. apresentou igualmente alterações nas funções corporais da visão, comunicação verbal, força muscular, equilíbrio, sensações somáticas, apetite, mastigação e deglutição.

Relativamente à visão, previamente ao internamento, o Sr. M.F. já possuía visão comprometida. Inclusive era seguido em consulta externa de oftalmologia por suspeita de cataratas. Tendo em consideração que o compromisso atual na visão contribui negativamente para a evolução de outros domínios identificados, optou-se pela avaliação da sua evolução.

No que concerne à comunicação verbal e tendo por base a avaliação neurológica com recurso à NIHSS (Brott et al., 1989), o Sr. M.F. apresentava uma disartria leve pois tinha dificuldade em articular algumas palavras. Através do uso de técnicas de comunicação como a clarificação e repetição foi possível alcançar uma comunicação eficaz.

A conjugação da parésia no hemicorpo direito e o compromisso no equilíbrio estático e dinâmico resultaram em alterações da funcionalidade a nível motor. As alterações nestes domínios conduziram a alterações biomecânicas no ciclo de marcha que conferiram um padrão de marcha instável que despoletou o medo de cair. A prevenção de queda é um objetivo comum ao domínio do equilíbrio e ao autocuidado andar. Contudo, o Sr. M.F. apresentava medo de cair sobretudo quando estava a treinar o andar e, por este motivo, identificou-se o objetivo e as respetivas intervenções da prevenção de quedas no domínio do autocuidado andar. Porém, reconhece-se que o compromisso no equilíbrio é um fator de risco para a ocorrência de quedas.

O domínio da deglutição foi o tema central deste relatório de estágio. Neste âmbito, verificou-se que o Sr. M.F. possui alterações na fase oral da deglutição, uma vez que, apresenta acumulação involuntária de conteúdo alimentar na bochecha do lado direito, encerramento incompleto dos lábios durante a deglutição, escape anterior à direita do conteúdo alimentar e deglutição

fracionada.

A avaliação da deglutição pode ser realizada através da aplicação da GUSS (Trapl et al., 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2022). Tal como referido anteriormente, recomenda-se a aplicação deste instrumento de avaliação o mais precocemente possível, antes de qualquer ingestão de líquido, alimento ou medicação, com o intuito de identificar em tempo útil o compromisso na deglutição e a adotar as medidas preventivas necessárias para a ocorrência de aspiração (Oliveira et al., 2021).

A GUSS (Trapl et al., 2007) é o único instrumento que aponta para as recomendações dietéticas ajustadas à gravidade do compromisso na deglutição. Isto confere-lhe uma vantagem relativamente aos outros instrumentos de avaliação. Apesar disso, observou-se que o enfermeiro de cuidados gerais tendencialmente protelavam a interrupção da dieta zero por ausência de avaliação da deglutição pelo EEER.

No contacto de dia 24 de outubro, o Sr. M.F. já apresentava instituída uma dieta pastosa (IDSSI 4), tendo sido implementada esta dieta de textura modificada após a avaliação da deglutição pelo EEER. Também possuía na sua unidade uma sinalética que assinalava a presença do mesmo compromisso. Associada à ingestão da dieta, o Sr. M.F. referia diminuição do apetite devido ao aspeto pouco apelativo e saboroso da dieta hospitalar. Posto isto, o aumento do tempo de deglutição resultante da falta de apetite foi um dado difícil de objetivar. Foi enunciado o diagnóstico de potencial para melhorar significado atribuído à adequação de dieta. De modo a prevenir o desenvolvimento de complicações nutricionais, monitorizou-se a ingestão de alimentos durante as refeições e o peso corporal.

Como consequência do apetite comprometido, o Sr. M.F foi referenciado e observado pela nutricionista três dias antes do primeiro contacto. Sabe-se que o aumento da atratividade e a quebra de monotonia das refeições aumenta a sua aceitação. No entanto, as instituições hospitalares apresentam limitações de nível organizacional para a confeção de uma maior variabilidade de opções dentro da tipologia de dieta. Atualmente, utiliza-se o processo de regeneração de alimentos às grandes refeições e em algumas refeições pode recorrer-se ao uso de alimentos liofilizados com o objetivo de calcular com mais exatidão o aporte nutricional.

A falta de peças dentárias, incisivos e molares, traduz-se numa ação de trituração diminuída que contribui para o compromisso da mastigação. Ressalvar que, a mastigação ocorre na fase oral preparatória da deglutição e a falta de peças dentárias compromete a modificação do alimento em bolo alimentar (Hall & Hall, 2021; Seeley et al., 2016).

Apesar de o Sr. M.F. possuir sensibilidade tátil comprometida na hemiface direita e parésia facial periférica direita, este não apresentava alteração da sensibilidade na mucosa oral ou língua. Contudo, mastigava os alimentos maioritariamente do lado esquerdo.

Outra das manifestações do compromisso na deglutição centrava-se na constante comunicação

com a esposa durante a refeição, presença de singultos, excessivo preenchimento da colher e hiperextensão cervical durante a ingestão de líquidos. Além disso, verificou-se a necessidade de intervir na consciencialização da relação entre a adequação da dieta e a prevenção da aspiração, pois o Sr. M.F. não compreendia o porquê de não poder beber água sem a adição de espessante.

Tendo em consideração a detalhada avaliação realizada no domínio da deglutição e mastigação, enunciaram-se os seguintes diagnósticos, adicionalmente aos já indicados: potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição; potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição; potencial para melhorar capacidade para deglutir; potencial para melhorar autoeficácia para deglutir; potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração; potencial para melhorar consciencialização da relação entre a adequação da dieta e a prevenção de aspiração; potencial para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação.

A esposa do Sr. M.F., de 75 anos, assume-se como cuidadora e previamente ao internamento, era ela quem confeccionava as refeições no domicílio. A dependência do Sr. M.F. na preparação de refeições torna relevante enunciar os diagnósticos: potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre prevenção de aspiração; potencial do cuidador para melhorar o conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição; potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a mastigação.

O compromisso nos domínios acima descritos traduzem-se em limitações na atividade, nomeadamente no autocuidado. O Sr. M.F. apresentou compromisso nos autocuidados: erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se e despir-se, andar. A pessoa com compromisso nos autocuidados requer uma abordagem do EEER baseada no referencial teórico de Orem (2001), particularmente, na teoria dos sistemas de Enfermagem.

A conceção do plano de intervenção integrou igualmente a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Direção-Geral da Saúde, 2004), um instrumento biopsicossocial que explora a influência da funcionalidade com as funções/estruturas corporais, atividade e participação. A maximização da funcionalidade é fundamental para a independência nas atividades, participação social e aumento da qualidade de vida. Importa ainda, considerar os fatores pessoais e ambientais que poderão atuar como fatores facilitadores ou inibidores. Todos estes aspetos foram considerados no plano de intervenção especializado.

Realizada a recolha de dados e enunciados os diagnósticos de Enfermagem, progrediu-se para a conceção, implementação e monitorização de um programa de reabilitação individualizado e especializado, sendo este reformulado sempre que necessário, com o intuito de prevenir complicações, um dos enunciados descritos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Salientar que, o plano de intervenção especializado foi implementado após os meios complementares de

diagnóstico garantirem a sua segurança.

Neste sentido, definiram-se como prioridades de intervenções a reeducação funcional e o treino de técnicas no âmbito da promoção do autocuidado. A capacitação para o desempenho do papel de cuidador foi igualmente considerada uma prioridade.

O período de internamento da pessoa após o AVC é considerado um momento exaustivo e difícil para o cuidador. Este período inicial é vivenciado em modo sobrevivência, onde o cuidador canaliza todo o seu foco na pessoa após AVC (Heim et al., 2024). Atendendo à fase subaguda do AVC e à necessidade de se ir abordando os conteúdos de forma gradual, foi priorizado o domínio da mastigação e deglutição para a aquisição de competências no desempenho do papel de cuidador.

No decorrer das sessões, poderia ter feito sentido intervir em outros domínios. No entanto, o Sr. M.F. aguardava vaga numa unidade de curta duração da RNCCI e prevê-se que seja assegurada a continuidade de cuidados.

A implementação do plano de intervenção torna-se mais eficaz quando existe uma ação colaborativa entre a equipa multidisciplinar (Nassri & Schey, 2020). Por vezes, o terapeuta da fala recomendava opções de dieta de textura modificada diferentes do EEER. Todavia, em ação colaborativa, ambos os profissionais reuniam e tomavam uma decisão clínica em conjunto sobre qual a melhor opção para a pessoa alvo de cuidados.

Relativamente à higiene oral, uma medida preventiva para o desenvolvimento de pneumonia por aspiração, o Sr. M.F. apenas necessitava que lhe fossem providenciados os dispositivos para executar a atividade.

Identificado o compromisso na deglutição, nomeadamente na fase oral, implementaram-se as seguintes intervenções: ensinamentos sobre a dieta, posicionamento e prevenção de aspiração; instruir e treinar técnicas de deglutição; analisar com a pessoa a relação entre a adequação da dieta e prevenção de aspiração, bem como a relação entre o treino e a promoção da deglutição.

Apesar da evidência recente abordar os benefícios da acupuntura e eletroestimulação na reabilitação da deglutição da pessoa com AVC, optou-se por centralizar as intervenções na reabilitação convencional. Desta forma, conforme demonstra a conceção de cuidados, no processo de reabilitação do Sr. M.F. utilizaram-se estratégias compensatórias (dieta de textura modificada e líquidos espessados, manobra de deglutição dupla; manobra de deglutição forçada; tosse voluntária; correção postural; estimulação sensorial) e estratégias de reabilitação (exercícios orofaciais de promoção da deglutição) (Banda et al., 2023; Lu et al., 2021; Wang et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Relativamente à modificação da textura da dieta, esta causa um impacto psicossocial na

pessoa. A incapacidade de desfrutar de uma refeição é um indicador de qualidade de vida frequentemente negligenciado. Desta forma, procurou-se envolver não só a pessoa cuidada, mas também o cuidador e as pessoas significativas. Estas foram instruídas que a dieta para a pessoa com deglutição comprometida não necessita de ser confeccionada à parte, uma medida promotora de inclusão social.

Sabe-se que as refeições são momentos-chave no vínculo familiar e, por isso, é essencial promover estratégias que promovam a normalidade e conforto durante as refeições. Assim, as refeições podem ser confeccionadas de igual forma como se fossem para outro membro da família, desde que sejam usadas as consistências corretas que podem ser obtidas através do uso da varinha mágica, *robot* de cozinha ou liquidificadora. Além disso, foi reforçada a importância de manter a atratividade visual, cor individualizada dos alimentos e a variabilidade nas refeições.

Foram implementadas intervenções com o objetivo de reeducar a função a nível motor. Decorrente da recuperação poderia ser importante o uso de um auxiliar de marcha, mas por uma questão de segurança e devido ao medo de cair expressado durante ao treino de equilíbrio e de marcha optou-se, inicialmente, por realizar o treino do andar com apoio bilateral e na segunda sessão com apoio unilateral. Com o intuito de promover a capacidade para executar tarefas simultâneas comuns do quotidiano, optou-se durante os treinos pela realização de dupla tarefa. O treino de andar com dupla tarefa contribuiu para diminuir o medo de cair e, para promover a função física e cognitiva do Sr. M.F. (Araújo et al., 2021; Li et al., 2024). A cuidadora assistiu à implementação de algumas destas intervenções.

No que concerne à monitorização de resultados do plano de intervenção, obtiveram-se ganhos mais significativos em domínios que não a deglutição. Assim, no contacto de dia 2 de novembro, o Sr. M.F. manteve a força muscular de grau 4, segundo a escala *Medical Research Council*, no hemicorpo à direita e demonstrou melhoria no domínio do autocuidado erguer-se e sentar-se. Apesar do Sr. M.F. apresentar ainda compromisso na deglutição, já não manifestava escape anterior de conteúdo da cavidade oral à direita, encerramento incompleto dos lábios, deglutição fracionada, singultos e hiperextensão cervical aquando da ingestão de líquidos. Adicionalmente, reconhecia a necessidade de se manter atento durante as refeições e de ingerir líquidos espessados.

No contacto de dia 2 de novembro, o Sr. M.F. manteve a tosse e pigarreio aquando da ingestão de líquidos finos, mas conseguiu progredir-se para uma dieta mole e húmida (IDSSI 5) e líquidos moderadamente espessados (IDSSI 3).

A conceção de cuidados do Sr. M.F. demonstra uma intervenção terapêutica num curto período. Embora, neste período já se tenham objetivado ganhos, acredita-se que os mesmos poderiam ter sido maiores se a intervenção tivesse sido prolongada no tempo. Gao et al. (2023) e Krekeler

et al. (2021) referem que o programa de reabilitação no âmbito da deglutição comprometida necessita de ser implementado pelo menos quatro semanas para se quantificarem ganhos em saúde significativos. Em contrapartida, considerou-se como condição facilitadora a existência do EEER neste contexto, a fim de dar continuidade à monitorização e quantificação dos ganhos em saúde do plano implementado.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns, que se encontram regulamentadas em Diário da República, são transversais a todos os enfermeiros especialistas e espelham o que o cidadão deve esperar dos cuidados de enfermagem especializados. Independentemente da área de especialidade, o Enfermeiro Especialista (EE) deve demonstrar elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, evidenciando um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Em consonância com os objetivos definidos ao longo do relatório será explorado como foram adquiridos os quatro domínios de competências comuns do EE. Importa referir que, será dado enfoque a situações específicas que evidenciaram esse desenvolvimento de competências.

Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

O EE deve demonstrar um exercício seguro, ético e deontológico, tendo por base os melhores conhecimentos técnico-científicos e as preferências da pessoa alvo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Através do uso de técnicas de comunicação, como o questionamento em momentos oportunos ou a escuta ativa, foi possível conhecer as necessidades, crenças e preferências da pessoa e da família, com o intuito de planear e implementar um plano de reabilitação personalizado.

No decorrer do estágio a prestação de cuidados foi suportada em princípios presentes no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Diário da República, 1996), entre outros documentos institucionais das entidades envolvidas no processo de aprendizagem. Importa ressaltar que, para além de possuir o cartão de identificação providenciado pela instituição de ensino, sempre que me dirigia à pessoa alvo de cuidados apresentava-se como enfermeira em contexto de estágio da especialidade.

Em determinadas situações houve a necessidade de recorrer ao consentimento presumido, uma vez que, a pessoa apresentava alterações do estado de consciência ou da cognição. No entanto, tendo presente o princípio da beneficência e não-maleficência, tornou-se prioritário intervir para otimizar a função e prevenir possíveis complicações.

A2- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Reconhecendo o impacto do fenómeno de globalização, torna-se imperativo conhecer a identidade cultural de cada pessoa. A barreira linguística pode constituir um fator dificultador e deve ser eliminada através do uso de ferramentas de comunicação. Além disso, a pessoa pode apresentar compromisso na emissão ou compreensão da mensagem. Desta forma, o EE deve demonstrar uma prática que respeite os direitos humanos, em que analisa e interpreta situações específicas de cuidados personalizados, e gere situações de potencial vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Para a implementação desta competência, foi tida em consideração a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 2005), nomeadamente o princípio de que qualquer pessoa tem direito à saúde, não podendo ser discriminada com base na sua situação socioeconómica, política, étnica, ideológica ou religiosa. Da mesma forma que, tendo por base o Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), solicitou-se o consentimento prévio antes de realizar qualquer intervenção e, sempre que pedido, foram prestados esclarecimentos em matéria de cuidados de Enfermagem.

É comum o EEER assumir funções de gestor de caso e consultor. Verificou-se, em contexto de internamento, uma sobrecarga de trabalho do EEER em resultado dos constantes pareceres pedidos pelos enfermeiros de cuidados gerais e da necessidade de o EEER assumir funções de gestão na ausência de chefia. Esses pedidos de parecer centraram-se na assistência para a realização do processo de descanulação da pessoa com traqueostomia, seleção do produto de apoio adequado para o autocuidado andar ou na avaliação da deglutição.

A documentação de cuidados reflete o processo de tomada de decisão regido pelos princípios anteriormente referidos. Esta intervenção assume-se como altamente relevante para o processo de continuidade de cuidados, nomeadamente no processo de reabilitação, uma vez que é possível consultar os profissionais envolvidos, o plano de reabilitação, os seus objetivos e o tempo decorrido desde a admissão. Constatou-se que o registo rigoroso dos cuidados prestados foi uma preocupação em todos os contextos de estágio sendo, muitas vezes, difícil transpor para o sistema de informação as intervenções realizadas e os resultados obtidos. Verificou-se ainda que, apenas no contexto musculoesquelético, estava contemplada na carta de alta as intervenções implementadas pelo EEER e a proposta do plano de cuidados após a alta hospitalar.

Ao longo do estágio foi garantida a confidencialidade das informações clínicas, sendo esta somente partilhada com os profissionais implicados no plano de reabilitação da pessoa e, por isso, considerou-se que foi cumprido o dever de sigilo. Para a elaboração do presente relatório o nome da pessoa alvo de cuidados foi fictício. Simultaneamente, assegurou-se a privacidade da pessoa aquando da execução de qualquer procedimento. No contexto de internamento a pessoa

encontra-se mais suscetível à exposição da sua privacidade. Deste modo, sempre que possível, foram criadas as condições ótimas para colmatar este risco através do encerramento da porta do quarto ou das cortinas na unidade.

Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade

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

Após identificar uma necessidade, o EE deve mobilizar conhecimentos e capacidades de modo a colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Pela limitação temporal do módulo II não foi possível desenvolver projetos no âmbito da melhoria da qualidade. No entanto, na ECCI, foi possível refletir sobre ações de melhoria de projetos já implementados com o objetivo de potenciar ainda mais os resultados obtidos.

Ao longo do estágio foi possível frequentar ações de formação que permitiram enriquecer este relatório. Com a participação no *workshop* "Alimentação dos doentes, uma prioridade" aprofundaram-se os conhecimentos sobre o papel do cuidador na preparação do regresso a casa da pessoa com deglutição comprometida. Tal como, com a participação no congresso nacional sobre disfagia reconheceu-se a importância da ação da equipa multidisciplinar.

Por fim, no contexto cardiorrespiratório, foi-nos proposta a realização de uma pesquisa sobre o papel do EEER na pessoa com derrame pleural, com o objetivo de partilhar a mesma numa ação de formação no serviço.

B2- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

O EE reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação de práticas clínicas e, em função dos resultados obtidos, o profissional deve implementar programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Através da frequência em ações de formação, foi possível recolher contributos e motivar os profissionais envolvidos em várias instituições a desenvolver programas de melhoria contínua. Por exemplo, averiguou-se que passado alguns meses após a alta, por objetivos superados na ECCI, existem pessoas que solicitam novo pedido de reingresso na equipa. Desta forma, realizou-se uma reflexão sobre quais as intervenções que o EEER pode adotar para manter os resultados obtidos à data de alta, prevenir o seu reingresso na ECCI e reduzir a ida ao serviço de urgência, nomeadamente, através de intervenções no âmbito da capacitação do cuidador e de um projeto de acompanhamento ao longo do tempo.

B3- Garantir um ambiente terapêutico e seguro

O EE promove a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes, através da gestão eficaz

do ambiente (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Em todos os contextos de estágio foram respeitados os princípios de ergonomia, medidas de segurança ocupacional e de controlo de infeção. Inclusive, numa unidade local de saúde foi obrigatório, antes de iniciar o período de estágio, realizar uma ação de formação sobre quais as normas institucionais para o controlo de infeção. O uso de equipamentos de proteção individual, cortinas ou a realização de sessões numa divisão isolada, foi uma forma de garantir um ambiente seguro em contexto cardiorrespiratório.

Verificou-se que o contexto da ECCI foi o ambiente mais propício para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas. Exemplificando, numa das visitas domiciliárias realizadas a cama, apesar de articulada, não permitia ajustar a sua altura à anca do EEER. Por essa razão, houve a necessidade de aumentar a base de sustentação o que conduziu a uma maior fadiga muscular do EEER.

Competência do domínio da gestão de cuidados

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

O EE realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas tanto da equipa de enfermagem como da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Apesar dos esforços levados a cabo pelo EEER e pela equipa multidisciplinar verificou-se que os serviços de saúde não estão preparados para dar resposta às pessoas imigradas e às pessoas que não possuem médico de família. Por exemplo, após um AVC, a pessoa imigrada não consegue ingressar numa UCC, uma vez que, não apresenta número do Sistema Nacional de Saúde e médico de família.

Em contexto musculoesquelético, todas as semanas o EEER reúne com a equipa de gestão de alta e com a assistente social de modo a organizar a alta hospitalar o mais precocemente possível, assegurando a continuidade de cuidados. Da mesma forma, a ECCI reúne-se semanalmente para analisar os resultados obtidos com o presente programa de reabilitação e para dar resposta às necessidades das pessoas que ingressaram na equipa, articulando-se com a restante equipa multidisciplinar. Neste último contexto, ressalva-se a importância do EEER trabalhar com o cuidador informal no sentido de promover a adaptação ao papel e assegurar as necessidades da pessoa alvo de cuidados.

C2- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

O EE otimiza os recursos às necessidades de cuidados de modo a garantir uma gestão de cuidados eficiente e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). A inadequada referenciação

no contexto da ECCI provoca atritos num processo que, por si só, já pode demorar algum tempo. Como resposta a esta problemática, na ECCI onde foi realizado estágio, criou-se um primeiro contacto de consultadoria a ser realizado pelo EEER. Nesse contacto, o EEER reavalia os critérios de admissão e o potencial de reabilitação da pessoa.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade

O EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento e identificar-se como um elemento preponderante no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Além disso, o EE deve deter conhecimento sobre as suas competências de atuação de modo a evitar o conflito e procurar o desenvolvimento de relações construtivas com os restantes elementos da equipa multidisciplinar envolvidos na prestação de cuidados.

Desta forma, foi possível desenvolver esta competência através da frequência em reuniões multidisciplinares e interações diárias com os vários elementos envolvidos na prestação de cuidados. No contexto neurológico, existiram momentos de discórdia entre o EEER e o terapeuta da fala, em temáticas relacionadas com o domínio da deglutição. Nestes momentos, constatou-se a importância de uma boa capacidade argumentativa e comunicação assertiva na procura do melhor interesse da pessoa alvo de cuidados e garantia de um ambiente de trabalho cooperativo.

D2- Basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica

O EE alicerça o processo de tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e um agente ativo no campo da investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). De modo a garantir uma prática baseada na evidência, priorizou-se a atualização constante de conhecimentos através da base de dados *PubMed* e *ScienceDirect*. Nestas bases de dados privilegiaram-se artigos que compreendessem a ação do EEER e a presença de contextos clínicos semelhantes aos praticados em Portugal.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O EEER possui um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida que lhe permite tomar decisões que asseguram, à pessoa alvo de cuidados, a manutenção das suas capacidades funcionais, prevenção de complicações e a manutenção ou promoção da independência nas atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Apresentadas as competências comuns, serão de seguida explanadas as competências específicas do EEER.

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos

da prática de cuidados

Primeiramente importa definir a pessoa com necessidades especiais como uma pessoa impossibilitada de executar de forma independente as atividades do autocuidado, como resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica, que pode ser de natureza permanente ou temporária (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O EEER identifica as necessidades de intervenção especializada, em pessoas de qualquer faixa etária, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade ou restrição de participação, quer seja de natureza temporária ou permanente. O mesmo profissional é responsável por conceber, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, reintegração e a participação na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

J1.1- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades

A recolha pertinente de informação clínica permite avaliar o compromisso na funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e na sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Essa recolha foi realizada através de entrevista, aplicação de instrumentos de avaliação e com a consulta do processo clínico. Para a avaliação da funcionalidade foram utilizados instrumentos de avaliação traduzidos e validados para a população portuguesa.

Relativamente ao domínio da deglutição, existem diversos instrumentos de avaliação traduzidos e validados para a população portuguesa. Deste modo, torna-se importante consultar as normas institucionais com o objetivo de validar qual o instrumento recomendado pela instituição. A uniformização da prática clínica permite assegurar a continuidade dos cuidados prestados e melhorar a sua qualidade através da monitorização dos resultados obtidos. Em todos os contextos de estágio, o instrumento usado para a avaliação da deglutição foi a GUSS (Trapl et al., 2007).

Ressalvar que, a avaliação da pessoa com compromisso na deglutição não é linear nem estanque. Nomeadamente no contexto neurológico, como resultado do agravamento clínico, a avaliação da deglutição poderá sofrer alterações.

Uma avaliação detalhada permite diagnosticar e intervir precocemente de modo a prevenir complicações e a minimizar alterações funcionais geradoras de incapacidade ou deficiência. Mais uma vez, no contexto neurológico, através da frequente aplicação da NIHSS (Brott et al., 1989) foi possível detetar precocemente alterações que justificassem a realização de exames complementares de diagnóstico e alterações no plano de tratamento da pessoa em contexto agudo da doença. Já no contexto pediátrico, foi possível identificar que a diminuição da força

muscular dos músculos orofaciais condicionava o movimento de sucção e a deglutição no lactente.

Durante a recolha de dados, são identificados os fatores facilitadores ou dificultadores que interferem no processo de adaptação à transição saúde-doença e no processo de reabilitação. No decorrer do estágio as transições do tipo saúde-doença e situacional foram as mais frequentes. De forma transversal, constatou-se que o medo de cair e a perda de prazer foram os principais fatores dificultadores associados à execução de intervenções no domínio do autocuidado andar, equilíbrio e deglutição.

Para a avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as atividades de vida diárias utilizou-se o índice de *Barthel* (Direção-Geral da Saúde, 2011). Ao longo do estágio, verificou-se a importância de deter conhecimento do nível de dependência prévio da pessoa alvo de cuidados e ajustar as expectativas da mesma e dos conviventes significativos ao processo de reabilitação. Além disso, importa conhecer o projeto de saúde da pessoa e, consoante o mesmo, definir e hierarquizar as prioridades de intervenção. Ainda, para monitorizar os ganhos obtidos torna-se pertinente o preenchimento do índice de *Barthel* antes e após a intervenção especializada do EEER, assim como a avaliação do impacto da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida e bem-estar da pessoa alvo de cuidados.

Por fim, decorrente da avaliação da funcionalidade pode ser tomada a decisão de não intervir. Esta decisão é suportada em parâmetros hemodinâmicos e agravamento neurológico. Tendo em consideração a qualidade e segurança dos cuidados, em contexto da ECCI, optou-se por suspender e protelar o programa de treino motor a uma pessoa no pós-operatório de artroplastia total da anca, uma vez que, apresentava tumefação e dor no local da abordagem cirúrgica.

J1.2- Conceber 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

Após a recolha de dados pertinentes, identificação das necessidades de intervenção e diagnóstico das alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade, foram concebidos planos de intervenção sensíveis às alterações funcionais. Foram também incluídos os fatores facilitadores e inibidores ao nível pessoal, comunitário e social que caracterizam o processo de transição.

A transição saúde-doença pode transportar a pessoa para uma condição de dependência nos autocuidados, que a conduz a uma situação de vulnerabilidade. Deste modo, como guia orientador da planificação dos cuidados foi utilizado o referencial teórico de Orem (2001).

A teoria do autocuidado engloba três construtos teóricos. A teoria do autocuidado, que descreve o como e o porquê das pessoas cuidarem de si. A teoria do défice do autocuidado, que justifica

o porquê de as pessoas necessitarem de ajuda através dos cuidados de Enfermagem. Já a teoria dos sistemas de Enfermagem explica o modo como os profissionais e cuidadores respondem às necessidades de autocuidado da pessoa em situação de dependência. Transpondo o referencial teórico para o caso clínico, o Sr. M.F. necessitou de outra pessoa para que fossem realizadas as atividades de autocuidado, sendo este considerado um agente dependente de autocuidado. Apesar do EEER ser responsável pela promoção da pessoa como agente do seu próprio autocuidado, naquele momento, a capacidade de ação do Sr. M.F. não era suficiente para dar resposta às suas necessidades. Por este motivo, foram implementadas intervenções no âmbito do sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio e educação. O sistema parcialmente compensatório consiste na substituição da pessoa em determinadas atividades do autocuidado. Por sua vez, o sistema de apoio e educação compreende o auxílio à pessoa para o processo de tomada de decisão e intervenções no âmbito do ensinar, instruir ou treinar (Orem, 2001).

A filosofia de cuidados e a atitude do EEER pode influenciar a promoção das capacidades adaptativas. Quando orientado por um modelo biomédico, o EEER considera prioritário a manutenção dos processos corporais, gestão de sintomas e as atitudes terapêuticas, não investindo na capacitação para a tomada de decisão. Durante a conceção de cuidados do caso clínico optou-se por um modelo centrado na pessoa tendo em consideração a dimensão pessoal, comunitária e social (Lourenço et al., 2021).

O sistema de apoio e educação ajuda a pessoa alvo de cuidados e o suporte familiar a adquirir novas competências para a aplicação adequada de conhecimentos e capacidades. O cuidador deve ser envolvido no processo de tomada de decisão e planeamento do plano de intervenção o mais precocemente possível (Coutinho & Grilo, 2019).

Assim sendo, os objetivos do plano de intervenção incluíram a pessoa alvo de cuidados e a pessoa significativa, sendo este frequentemente o cuidador. A inclusão do cuidador nos planos de intervenção foi particularmente conseguida em contexto da ECCI.

No que concerne ao domínio da deglutição, é o cuidador quem frequentemente confeciona as refeições e alimenta a pessoa com compromisso na deglutição. Por este motivo, importa integrar o cuidador na conceção de cuidados com o intuito de prevenir o desenvolvimento de complicações como a pneumonia por aspiração, malnutrição e desidratação. Assim, muitas vezes, o cuidador é um elemento de relevo no processo de transição e alvo de intervenção do EEER no âmbito da capacitação para o desempenho do papel.

Houve uma preocupação de conhecer os recursos dos contextos da prática clínica. Apesar do EEER estar impossibilitado de prescrever produtos de apoio no sistema de atribuição de produtos de apoio, a sua seleção e aconselhamento foi uma competência essencialmente desenvolvida no contexto musculoesquelético e cardiorrespiratório. No contexto cardiorrespiratório, foram providenciados à pessoa alvo de cuidados dispositivos respiratórios como o *shaker* ou o espirómetro de incentivo. Por sua vez, no contexto musculoesquelético, foi

possível selecionar e adequar o auxiliar de marcha com o objetivo de promover a independência no autocuidado andar. A título de exemplo, uma pessoa submetida a artroplastia total da anca e com um processo demencial em estudo, sem história de uso prévio de auxiliar de marcha, adotou um ciclo de marcha mais estável e funcional com o andarilho, em detrimento da marcha de três pontos com recurso a canadianas.

J1.3- Implementar 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

Embora intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar técnicas promotoras do autocuidado tenham sido transversais em todos os contextos de estágio, a diversidade dos mesmos permitiu implementar planos de intervenção para a redução do risco de alterações e programas de reeducação funcional a vários níveis. Por exemplo, no contexto de convalescença foram priorizados planos de intervenção a nível motor e cognitivo. Já no contexto cardiorrespiratório particularizou-se planos de intervenção a nível respiratório. Salientar que, o plano de intervenção e programas foram implementados de acordo com as atitudes terapêuticas prescritas e após os meios complementares de diagnóstico garantirem a sua segurança.

No contexto neurológico, um dos maiores desafios consistiu em instruir e treinar técnicas de deglutição, tais como, a manobra supraglótica, manobra super supraglótica, manobra de *Masako* ou de *Mendelsohn*. Em alguns contextos, atendendo à condição dos doentes, estas técnicas revelaram-se demasiado complexas para serem implementadas.

Ainda neste contexto clínico, observou-se que nem sempre o espessante era utilizado conforme as recomendações do fabricante, o que resultava em consistências diferentes das recomendadas após a avaliação do EEER. A identificação desta problemática sugere a necessidade de se realizar uma ação de formação aos vários profissionais envolvidos na prestação de cuidados à pessoa com deglutição comprometida.

J1.4- Avaliar os resultados das intervenções implementadas

A monitorização da implementação dos planos de intervenção e a avaliação dos resultados obtidos permitiu acompanhar a evolução do processo de reabilitação, garantindo a reformulação dos objetivos e das estratégias sempre que necessário (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Em contexto musculoesquelético, realizou-se o acompanhamento pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório de uma pessoa submetida a artroplastia total da anca à esquerda por via ântero-lateral. Foi possível verificar os benefícios da consulta pré-operatória nomeadamente na diminuição da ansiedade, aumento do conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e alterações nos autocuidados. Na consulta pré-operatória foram realizados ensinamentos sobre a estratégia adaptativa para transferir-se, treino de marcha de três pontos com canadianas e,

ensinos sobre os exercícios isométricos e isotônicos nos músculos flexores e extensores da anca. Esta consulta proporcionou um pós-operatório com maior aceitação e adesão ao programa de reabilitação. Por outro lado, no contexto cardiorrespiratório, através da auscultação pulmonar antes e após o programa de reeducação funcional respiratória foi possível comprovar a efetividade da intervenção, nomeadamente na pessoa com bronquite crónica.

A transição saudável evidencia-se com a aquisição de mestria, ou seja, a aquisição de conhecimentos e capacidades necessárias para lidar com a nova condição. Neste sentido, é importante monitorizar os indicadores de resultados do processo de transição: sentir-se ligado, interagir, sentir-se situado e o desenvolvimento de estratégias de coping (Meleis et al., 2000).

Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A pessoa com necessidades especiais difere do conceito de pessoa com deficiência. Este último consiste na pessoa que, por motivos de perda ou anomalia de funções/estruturas corporais, apresenta limitação da atividade e restrição na participação na sociedade tendo em consideração as demais pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O exercício da cidadania é um direito da pessoa com deficiência. Desta forma, acresce às competências do EEER, analisar a problemática da deficiência, limitação da atividade e restrição da participação com o objetivo de promover a capacitação da pessoa para a participação na sociedade e desenvolver uma consciência social inclusiva (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

J 2.1- Elaborar e implementar um programa de treino de atividades de vida diária visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida

O autocuidado assume-se como um foco de grande relevância para Enfermagem de Reabilitação no sentido de facilitar os processos adaptativos à nova condição. Este define-se como um conjunto de atividades que as pessoas desenvolvem, dentro de determinados períodos, com o propósito de manter a vida, saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Durante a capacitação da pessoa e do cuidador para o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado, incluiu-se também a promoção da independência através do uso de dispositivos. Por exemplo, no contexto de unidade de convalescença, durante a prestação de cuidados especializados à pessoa com mobilidade reduzida, desenvolveu-se um programa de treino de autocuidado, nomeadamente no autocuidado cuidar da higiene pessoal, que incluía a utilização de dispositivos de apoio como a cadeira de banho e a escova de cabo longo. Além disso, a outras pessoas com compromisso na função motora fina após o AVC, no mesmo contexto, foi providenciada uma almofada com várias atividades tendo em vista a promoção desse domínio.

Considerando que os fatores ambientais, embora externos à pessoa, influenciam não só a estrutura como a atividade e participação, torna-se fundamental o EEER promover um ambiente

seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Em contexto da ECCI, uma pessoa com doença de Parkinson foi referenciada por síndrome de desuso após um internamento prolongado e recusava utilizar a bengala como auxiliar de marcha. Na avaliação inicial, verificou-se que a mesma habitava numa moradia com dois pisos, sendo os quartos em cima e as restantes divisões no rés-do-chão. Segundo a familiar cuidadora, por vezes, no período noturno o senhor despertava e, embora no primeiro piso, descia sozinho as escadas para recorrer à casa de banho do rés-do-chão. Após a recolha de informação pertinente, foram identificados compromissos no força muscular, equilíbrio dinâmico e autocuidado andar. No sentido de promover um ambiente seguro, em ação colaborativa com a familiar cuidadora, organizou-se o funcionamento do domicílio e foram adotadas medidas preventivas à ocorrência de quedas.

J2.2- Promover a mobilidade, acessibilidade e a participação social

O ambiente influencia a promoção das capacidades adaptativas, no qual, as barreiras arquitetónicas causam um impacto negativo no processo de reabilitação (Lourenço et al., 2021). Cabe ao EEER capacitar as pessoas e os seus cuidadores a impulsionar a criação de ambientes promotores de mobilidade, acessibilidade e inclusão social.

As atividades desenvolvidas neste âmbito desenvolveram-se especialmente no contexto domiciliário, no qual, nas visitas domiciliárias presenciaram-se corredores estreitos, presença de mobília que impedia a livre circulação ou escadas. De forma a dar resposta às necessidades da pessoa, tornou-se fundamental conhecer o decreto-lei nº 163/2006 com o intuito de identificar as barreiras arquitetónicas e orientar para a eliminação das mesmas.

Ainda no contexto da ECCI, um dos objetivos delineados com a pessoa alvo de cuidados anteriormente mencionada, centrou-se na ida ao café próximo da sua habitação. O senhor já não saía ao exterior desde o internamento, há cerca de meio ano. Os planos de intervenção concebidos em conjunto com a pessoa e cuidadora, conduziram à definição de objetivos realistas que integraram o projeto de saúde da pessoa. Assim, no dia de alta da ECCI, o EEER acompanhou o senhor ao café promovendo a sua participação social.

Na unidade de AVC, para a realização da intervenção “instruir o andar” e “treinar o andar”, o ambiente foi gerido por diversas vezes com o objetivo de eliminar as barreiras arquitetónicas. A estrutura física da unidade é considerada um fator dificultador à execução das intervenções anteriormente mencionadas. Por outro lado, em contexto domiciliário, considerou-se igualmente um fator dificultador a arquitetura de habitações mais antigas, uma vez que, as divisões eram pequenas e com bastante mobília. As barreiras arquitetónicas no domicílio constituíram um dos eixos de intervenção do EEER com o objetivo de prevenir as quedas.

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Com o objetivo de potenciar o rendimento e desenvolvimento pessoal, cabe ao EEER interagir

com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam promover a maximização das suas capacidades funcionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b; Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

J3.1- Conceber e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório

Como referido anteriormente, a tomada de decisão clínica do EEER baseia-se na identificação de necessidades específicas da pessoa alvo de cuidados. Identificada a problemática, o EEER define objetivos, concebe e implementa um programa de treino motor, cardíaco ou respiratório. A conceção e implementação do programa cumpre objetivos como a prevenção de complicações, manutenção da capacidade funcional, evitar incapacidades ou a minimização do seu impacto (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Em contexto da ECCL, tive a oportunidade de comprovar os benefícios da aplicação da eletroestimulação neuromuscular no controlo da espasticidade. No entanto, apenas um EEER possuía conhecimentos para a sua utilização. Tal como referido anteriormente, a utilização de estratégias inovadoras deve ser alvo de uma aprofundada reflexão e investimento quer pelo EEER quer pelas entidades reguladoras.

Tanto o contexto da ECCL, devido ao projeto da pessoa com doença respiratória crónica, como o contexto cardiorrespiratório constituíram ambientes propícios para a aquisição desta competência. Com o intuito de prevenir episódios de exacerbação, promover a autogestão da doença e melhorar a qualidade de vida foram implementados programas de treino respiratório. Identificados os compromissos na ventilação e limpeza das via aérea, foram implementadas intervenções essencialmente ao nível do executar, instruir e treinar exercícios de controlo respiratório e de reexpansão torácica, técnica da tosse, técnica de mobilização de secreções da via aérea através de técnica respiratória, posicionamento ou dispositivo respiratório.

J3.2- Avaliar e reformular programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados

O EEER apresenta-se como um elemento-chave que não presta apenas cuidados especializados à pessoa, mas maximiza a sua funcionalidade a fim de a mesma cuidar de si de acordo com as suas capacidades. Neste sentido, importa estabelecer pontes entre as expectativas da implementação do programa de treino com as alterações identificadas no processo de recolha de dados.

Em contexto cardiorrespiratório, a pessoa preenche instrumentos de avaliação no início e no final do programa com o objetivo de avaliar os ganhos em saúde. Ainda, no contexto neurológico, a avaliação contínua da NIHSS e da deglutição permitiu monitorizar as alterações identificadas com a finalidade de reformular o programa de reabilitação, sempre que necessário.

Nas situações em que os resultados não se encontram alinhados com os objetivos previamente definidos ou surge um evento crítico que agrava a condição de dependência da pessoa, é

essencial redefinir os objetivos e ajustar o programa. Por outro lado, para que o processo de transição ocorra de modo saudável é necessário que a pessoa e a família possuam percepção da mudança. Em situações em que isso não acontece, os resultados podem não corresponder às expectativas.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

As atuais tendências para o crescente aumento de doenças não transmissíveis, esperança média de vida e inovação nos cuidados médicos, aumenta a procura de serviços de saúde no âmbito da reabilitação. A necessidade de promover a reabilitação como componente integrante e acessível nos serviços de saúde é um objetivo evidente no plano de ação global da Organização Mundial da Saúde (Gimigliano et al., 2017).

Atendendo ao regulamento de competências comuns e específicas que determinam o perfil do EEER, é possível afirmar que este é um profissional com valor acrescido para a concretização tanto do plano definido pela Organização Mundial da Saúde, como para um dos objetivos de desenvolvimento sustentável definido pelos Estados-Membro das Nações Unidas, o de “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b; United Nations, 2015).

O desenvolvimento do presente relatório procurou incluir o percurso curricular no âmbito da aquisição de competências comuns e específicas do EEER, que culminou com a implementação de um plano de intervenção especializado e focado no processo de tomada de decisão à pessoa com deglutição comprometida.

A deglutição comprometida é frequente após o AVC e pode conduzir a complicações respiratórias e nutricionais. Estas complicações além de possuírem um impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa, apresentam também um impacto significativo nos custos associados aos serviços de saúde (Al Rjoob et al., 2022; Dziewas et al., 2021; Powers et al., 2019).

A prestação de cuidados centrou-se na avaliação da funcionalidade e na identificação de compromissos nas funções/estruturas corporais que determinassem limitações da atividade e incapacidade. Tanto a pessoa alvo de cuidados como a pessoa significativa possuíram um papel ativo na definição de objetivos, tendo em vista a prestação de cuidados especializados, capacitação e maximização da funcionalidade. Através da implementação de planos de intervenção no âmbito da reeducação funcional e treino de técnicas de promoção do autocuidado, foi possível contribuir para a capacitação, maximização da funcionalidade e participação social. Os resultados das intervenções implementadas foram monitorizados e otimizados sempre que necessário.

Em relação ao caso clínico, apesar de os ganhos no domínio da deglutição terem sido limitados, considera-se existir uma melhoria significativa nas manifestações que concorrem para a

identificação do compromisso. Acredita-se que, caso a intervenção terapêutica fosse mais prolongada no tempo os ganhos obtidos teriam sido maiores.

A tomada de decisão clínica foi suportada na melhor evidência disponível e em princípios éticos, deontológicos e epistemológicos, tais como, o regulamento das competências comuns e específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2019a; Ordem dos Enfermeiros, 2019b), padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015a), teoria das transições (Meleis et al., 2000), teoria do autocuidado (Orem, 2001) e na classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde (Direção-Geral da Saúde, 2004).

É dever do EEER assegurar a prestação de cuidados especializados de qualidade, apropriando-se da melhor evidência disponível para suportar a sua prática clínica. Apesar do EEER desempenhar um papel preponderante na prática clínica, existe pouca evidência sobre a efetividade das intervenções no âmbito do compromisso na deglutição conduzidas pelos próprios. Para além disso, a utilização de estratégias inovadoras conduz-nos a uma reflexão sobre a necessidade de mudança quer dos profissionais quer das entidades reguladoras.

Para concluir, pelo exposto até aqui, considera-se que foram atingidos os objetivos previamente definidos. Este relatório reflete uma trajetória de desenvolvimento profissional marcada pela transformação de desafios em oportunidades de aprendizagem. Com o aumento previsível das necessidades de reabilitação torna-se necessário refletir e implementar projetos custo-efetivos. Neste contexto, espera-se que este relatório contribua para esse propósito, tornando a Enfermagem de Reabilitação mais significativa para as pessoas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adhikari, S.P., Chaudhary, M., & Dev, R. (2020). Kabat interventions integrated with facial expressive and functional exercises for better and speedy recovery in bell's palsy; a pre-post design. *Journal of Chitwan Medical College*, 10 (34), 71-76. https://www.researchgate.net/publication/353957679_Kabat_interventions_integrated_with_facial_expressive_and_functional_exercises_for_better_and_speedy_recovery_in_Bell's_palsy_A_pre-post_design
- Adler, R.K. & Webb, W.G. (2017). The Cranial Nerves. In, W. Webb, & R. Adler, *Neurology for the Speech-Language Pathologist* (pp. 140-159). Elsevier.
- Al Rjoob, M., Hassan, N.F.H.N., Aziz, M.A.A., Zakaria, M.N., & Mustafar, M.F.B.M. (2022). Quality of life in stroke patients with dysphagia: a systematic review. *La Tunisie Médicale*, 100 (10), 664-669. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9940652/>
- Aoyagi, Y., Ohashi, M., Ando, S., Inamoto, Y., Aihara, K., Matsuura, Y., Imaeda, S., & Saitoh, E. (2021). Effect of Tongue-Hold Swallow on Pharyngeal Contractile Properties in Healthy Individuals. *Dysphagia*, 36 (5), 936-943. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10217-9>
- Araújo, P., Soares, S., Ribeiro, O., & Martins, M.M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 164- 233). Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Arreola, V., Pilz, W., & Inamoto, Y. (2024). Classical rehabilitation strategies. In V. Arreola, W. Pilz & Y. Inamoto. *A multidisciplinary approach to managing swallowing dysfunction in older people* (pp. 245-253). Academic Press.
- Aviso nº 3915/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II Série, nº 43. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22028/aviso-nº-39152021-diário-da-república-nº-432021-série-ii-de-2021-03-03.pdf>
- Aze, O.D., Ojardias, E., Akplogan, B., Giroux, P., & Calmels, P. (2023). Structural and pathophysiological muscle changes up to one year after post-stroke hemiplegia: a systematic review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 59 (4), 474-487. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.07844-9>
- Banda, K.J., Chu, H., Kang, X.L., Liu, D., Pien, L.C., Jen, H.J., Hsiao, S.S., & Chou, K.R. (2022). Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-

analysis. *BMC geriatrics*, 22 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02960-5>

Bahia, M.M., & Lowell, S.Y. (2020). A Systematic Review of the Physiological Effects of the Effortful Swallow Maneuver in Adults With Normal and Disordered Swallowing. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29 (3), 1655-1673. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00132

Balou, M., Herzberg, E.G., Kamelhar, D., & Molfenter, S.M. (2019). An intensive swallowing exercise protocol for improving swallowing physiology in older adults with radiographically confirmed dysphagia. *Clinical interventions in aging*, 14, 283-288. <https://doi.org/10.2147/CIA.S194723>

Barot, J., Landge, P., & Patel, H. (2023). Effect of Shaker exercise and Masako maneuver on swallowing function and quality of life in patients with dysphagia following stroke: an interventional comparative study. *International Journal of Physiotherapy and Research*, 11 (4), 4611-4620. <https://www.ijmhr.org/ijpr.11.4/IJPR.2023.144.pdf>

Bavikatte, G., Subramanian, G., Ashford, S., Allison, R., & Hicklin, D. (2021). Early Identification, Intervention and Management of Post-stroke Spasticity: Expert Consensus Recommendations. *Journal of central nervous system disease*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.1177/11795735211036576>

Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., De Marchis, G. M., Fonseca, A.C., Padiglioni, C., de la Ossa, N.P., Strbian, D., Tsivgoulis, G., & Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European stroke journal*, 6 (1), I-LXII. <https://doi.org/10.1177/2396987321989865>

Birchenall, J., Térémetz, M., Roca, P., Lamy, J.C., Oppenheim, C., Maier, M. A., Mas, J.L., Lamy, C., Baron, J.C., & Lindberg, P.G. (2019). Individual recovery profiles of manual dexterity, and relation to corticospinal lesion load and excitability after stroke - a longitudinal pilot study. *Neurophysiologie clinique*, 49 (2), 149-164. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2018.10.065>

Bohannon, R.W., & Smith, M.B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67 (2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>

Bolivar-Prados, M., Rofes, L., Arreola, V., Guida, S., Nascimento, W.V., Martin, A., Vilardell, N., Ortega Fernández, O., Ripken, D., Lansink, M., & Clavé, P. (2019). Effect of a gum-based thickener on the safety of swallowing in patients with poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology and motility*, 31 (11), 1-11. <https://doi.org/10.1111/nmo.13695>

Borders, J.C., & Troche, M.S. (2022). Voluntary Cough Effectiveness and Airway Clearance in Neurodegenerative Disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65 (2), 431-449. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00308

Brott, T., Adams, H.P., Jr, Olinger, C.P., Marler, J.R., Barsan, W.G., Biller, J., Spilker, J., Holleran, R., Eberle, R., & Hertzberg, V. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical

examination scale. *Stroke*, 20 (7), 864–870. <https://doi.org/10.1161/01.str.20.7.864>

Budinčević, H., Meštrović, A., & Demarin, V. (2022). Stroke Scales as Assessment Tools in Emergency Settings: A Narrative Review. *Medicina*, 58 (11), 1-9. <https://doi.org/10.3390/medicina58111541>

Burton, B., Isaacs, M., Brogan, E., Shrubsole, K., Kilkenny, M.F., Power, E., Godecke, E., Cadilhac, D.A., Copland, D., & Wallace, S.J. (2023). An updated systematic review of stroke clinical practice guidelines to inform aphasia management. *International journal of stroke*, 18 (9), 1029–1039. <https://doi.org/10.1177/17474930231161454>

Butsing, N., Zauszniewski, J.A., Ruksakulpiwat, S., Griffin, M.T.Q., & Niyomyart, A. (2024). Association between post-stroke depression and functional outcomes: A systematic review. *PLoS ONE*, 19 (8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309158>

Calvache, C., Castillo-Triana, N., Aguirre, F.D., Leguízamo, P., Rojas, S., Valenzuela, P., Piedrahita, M.M., Ardila, M.D.P.R., & Pérez, D.V.B. (2024). Integration of Dysphagia Therapy Techniques into Voice Rehabilitation: Design and Content Validation of a Cross-Therapy Protocol. *Journal of the Voice Foundation*, 1-30. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2024.07.024>

Carvalho, V., & Cruz, V.T. (2020). Clinical presentation of vertebrobasilar stroke. *Porto Biomedical Journal*, 5 (6), 1-6. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000096>

Cichero, J.A., Lam, P., Steele, C.M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R.O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32 (2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>

Chhetri, D.K., & Dewan, K. (2019). Dysphagia Evaluation and Management in Otolaryngology. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2017-0-01118-7>

Choi, J.B., Jung, Y.J., & Park, J.S. (2020). Comparison of 2 types of therapeutic exercise: jaw opening exercise and head lift exercise for dysphagic stroke: A pilot study. *Medicine*, 99 (38), 1-6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022136>

Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing Disorders in the Older Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67 (12), 2643–2649. <https://doi.org/10.1111/jgs.16137>

Chung, C.P. (2017). Types of Stroke and Their Differential Diagnosis. In L.R. Caplan, M.C. Leary, A.J. Thomas, J.H. Zhang, J. Biller, E.H. Lo, M. Yenari. *Primer on Cerebrovascular Diseases* (pp. 372–376). Academic Press.

Costa, C.C., Ferreira, L., & Matos, S. (2023). Receitas de textura modificada: comer é para todos!. Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro- Rovisco Pais.

<https://www.roviscopais.pt/projetos>

Dai, Y., Cai, J., Wang, H., Zhang, Y., Niu, C., & Wang, Y. (2024). Effect of respiratory training on swallowing function in swallowing disorders: a systematic review and meta-analysis. *European archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 281 (3), 1069–1081. <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08280-7>

Decreto-Lei nº 116/2021 da Presidência do Conselho de Ministros. (2021). Diário da República: I Série, nº 241. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/116-2021-175923961>

Decreto-Lei nº 136/2025 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: I Série, nº 145. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>

Decreto-Lei nº 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I Série, nº 205. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-lei nº163/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Diário da República: I série nº 152. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/163-2006-538624>

Dicicine, S. (2017). *Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia*. Atheneu.

Direção-Geral da Saúde (2004). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Direção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 054/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma nº 015/2017. Via verde do acidente vascular cerebral no adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma nº 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>

Dogra, N., Redmond, B.V., Lilley, S., Johnson, B.A., Lam, B.L., Tamhankar, M., Feldon, S.E., Fahrenthold, B., Yang, J., Huxlin, K.R., & Cavanaugh, M.R. (2024). Vision-related quality of life after unilateral occipital stroke. *Brain and behavior*, 14 (7), 1-11. <https://doi.org/10.1002/brb3.3582>

Drakopanagiotakis, F., Bonelis, K., Steiropoulos, P., Tsiptsios, D., Sousanidou, A., Christidi, F.,

- Gkantzios, A., Serdari, A., Voutidou, S., Takou, C.M., Kokkotis, C., Aggelousis, N., & Vadikolias, K. (2024). Pulmonary Function Tests Post-Stroke. Correlation between Lung Function, Severity of Stroke, and Improvement after Respiratory Muscle Training. *Neurology international*, 16 (1), 139-161. <https://doi.org/10.3390/neurolint16010009>
- Dromerick, A.W., Geed, S., Barth, J., Brady, K., Giannetti, M.L., Mitchell, A., Edwardson, M.A., Tan, M.T., Zhou, Y., Newport, E.L., & Edwards, D.F. (2021). Critical Period After Stroke Study (CPASS): A phase II clinical trial testing an optimal time for motor recovery after stroke in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118 (39), 1-10. <https://doi.org/10.1073/pnas.2026676118>
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E.M., Bath, P.M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, 6 (3), LXXXIX-CXV. <https://doi.org/10.1177/239698732111039721>
- Edmiaston, J., Connor, L.T., Steger-May, K., & Ford, A.L. (2014). A simple bedside stroke dysphagia screen, validated against video-fluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23, 712-716. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.030>
- Embrechts, E., van der Waal, C., Anseeuw, D., van Buijnderen, J., Leroij, A., Lafosse, C., Nijboer, T.C., Truijen, S., & Saeys, W. (2023). Association between spatial neglect and impaired verticality perception after stroke: A systematic review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 66 (3), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2022.101700>
- Esposito, E., Shekhtman, G., & Chen, P. (2021). Prevalence of spatial neglect post-stroke: A systematic review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 64 (5), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.10.010>
- Fernandes, S., Silva, A., Barbas, L., Ferreira, R., Fonseca, C., & Fernandes, M.A. (2020). Theoretical contributions from Orem to self-care in rehabilitation nursing. In G. Li, J. Filipe, & Z. Xu., *Gerontechnology* (pp. 163-173). Communications in Computer and Information Science.
- Ferreira, A.M.S., Pierdevara, L., Ventura, I.M., Gracias, A.M.B., Marques, J.M.F. & Reis, M.G.M. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (16), 85-94. <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Fielding, R.A., Landi, F., Smoyer, K.E., Tarasenko, L., & Groarke, J. (2023). Association of anorexia/appetite loss with malnutrition and mortality in older populations: A systematic literature review. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 14 (2), 706-729.

<https://doi.org/10.1002/jcsm.13186>

Gao, M., Xu, L., Wang, X., Yang, X., Wang, Y., Wang, H., Song, J., & Zhou, F. (2023). Efficacy and safety of oropharyngeal muscle strength training on poststroke oropharyngeal dysphagia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, *13* (9), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072638>

Gatto, A.R., Cola, P.C., da Silva, R.G., Ribeiro, P.W., Spadotto, A.A., & Henry, M.A.A.C. (2021). Influence of Thermal and Gustatory Stimulus in the Initiation of the Pharyngeal Swallow and Bolus Location Instroke. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, *30* (4), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105349>

Ghrouz, A., Guillen-Sola, A., Morgado-Perez, A., Muñoz-Redondo, E., Ramírez-Fuentes, C., Curbelo Peña, Y., & Duarte, E. (2024). The effect of a motor relearning on balance and postural control in patients after stroke: An open-label randomized controlled trial. *European stroke journal*, *9* (2), 303-311. <https://doi.org/10.1177/23969873231220218>

Gimigliano, F., & Negrini, S. (2017). The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *European journal of physical and rehabilitation medicine*, *53* (2), 155-168. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>

Gorelick, P.B., Whelton, P.K., Sorond, F., & Carey, R.M. (2020). Blood Pressure Management in Stroke. *Hypertension*, *76* (6), 1688-1695. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14653>

Grefkes, C., & Fink, G.R. (2020). Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. *Neurological research and practice*, *2* (17), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00060-6>

Gregório, M.J., & Graça, P. (2021). Manual de dietas hospitalares: Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-dietas-hospitalares-2021-pdf.aspx>

Hadde, E.K., Mossel, B., Chen, J., & Prakash, S. (2021). The safety and efficacy of xanthan gum-based thickeners and their effect in modifying bolus rheology in the therapeutic medical management of dysphagia. *Food Hydrocolloids for Health*, *1*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.fhfh.2021.100038>

Hall, J. E., & Hall, M. E. (2021). *Guyton y Hall: Tratado de Fisiologia Médica*. Elsevier.

Han, M., Lim, I.H., Hong, S., Nam, H.S., Heo, J.H., & Kim, Y.D. (2024). Initial stroke severity and discharge outcome in patients with muscle mass deficit. *Scientific reports*, *14* (1911), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52381-0>

Han, T.S., Lean, M.E., Fluck, D., Affley, B., Gulli, G., Patel, T., Barrett, C., Kakar, P., Sharma, S., & Sharma, P. (2018). Impact of delay in early swallow screening on pneumonia, length of stay in

hospital, disability and mortality in acute stroke patients. *European journal of clinical nutrition*, 72 (11), 1548-1554. <https://doi.org/10.1038/s41430-018-0148-4>

Hao, X., Yang, Y., Qin, Y., Lv, M., Zhao, X., Wu, S., & Li, K. (2024). The Effect of Respiratory Muscle Training on Swallowing Function in Patients With Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Western journal of nursing research*, 46 (5), 389-399. <https://doi.org/10.1177/01939459241242533>

Heim, R., Satink, T., & van Nes, F. (2024). "Standing alone": understanding the self-management of family caregivers of persons post-stroke at the time of acute care. *Disability and rehabilitation*, 46 (13), 2871-2879. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2236020>

Heslin, N., & Regan, J. (2022). Effect of effortful swallow on pharyngeal pressures during swallowing in adults with dysphagia: A pharyngeal high-resolution manometry study. *International journal of speech-language pathology*, 24 (2), 190-199. <https://doi.org/10.1080/17549507.2021.1975817>

Hilkens, N.A., Casolla, B., Leung, T.W., & de Leeuw, F.E. (2024). Stroke. *Lancet*, 403 (10446), 2820-2836. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00642-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00642-1)

House, J.W., & Brackmann, D.E. (1985). Facial nerve grading system. *Otolaryngology head and neck surgery*, 93 (2), 146-147. <https://doi.org/10.1177/019459988509300202>

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jameson, J.L., Fauci, A.S., Kasper D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., & Loscalzo, J.L. (2020). *Medicina Interna de Harrison 20ª edição*. McGraw Hill.

Kavitha, S., Kumari, M.J., Ramkumar, S., & Selvaraj, J. (2023). Effect of chin Tuck against resistance (CTAR) exercise to improve swallowing capacity among stroke patients with dysphagia: a randomized controlled trial. *Scope Journal*, 13 (4), 149-156. https://www.researchgate.net/publication/379155560_Effect_of_Chin_Tuck_Against_Resistance_CTAR_Exercise_to_Improve_Swallowing_Capacity_among_Stroke_Patients_with_Dysphagia_A_Randomized_Controlled_Trial

Krekeler, B.N., Rowe, L.M., & Connor, N.P. (2021). Dose in Exercise-Based Dysphagia Therapies: A Scoping Review. *Dysphagia*, 36 (1), 1-32. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10104-3>

Kim, J.H., Kim, Y.A., Lee, H.J., Kim, K.S., Kim, S.T., Kim, T.S., & Cho, Y.S. (2017). Effect of the combination of Mendelsohn maneuver and effortful swallowing on aspiration in patients with dysphagia after stroke. *Journal of physical therapy science*, 29 (11), 1967-1969. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1967>

Kosasih, C.E., Punthmatharith, B., & Boonyasopun, U. (2020). Family support for patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 10 (3), 47-56.

<https://japer.in/storage/models/article/uHAKhNb4exGwhRk2dm45bBHjF4xPHYaRICU15TdLD5M67f5brv6p164WKX4M/family-support-for-patients-with-stroke-a-systematic-review.pdf>

Kuo, C., & Hu, G. (2018). Post-stroke Spasticity: A Review of Epidemiology, Pathophysiology, and Treatments. *International Journal of Gerontology*, 12 (4), 280-284. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2018.05.005>

Kuźma, E., Lourida, I., Moore, S.F., Levine, D.A., Ukoumunne, O.C., & Llewellyn, D.J. (2018). Stroke and dementia risk: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & dementia*, 14 (11), 1416-1426. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.06.3061>

Langhorne, P., Ramachandra, S., & Stroke Unit Trialists' Collaboration (2020). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4 (4), 1-120. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub4>

Lazarus C.L. (2017). History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia*, 32 (1), 3-10. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6>

Leão, R. (2022). Disfagia: Receitas adaptadas com cor e sabor. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.. <https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2022/12/ebook-disfagiaReceitasadaptadascomcoresabor.pdf>

Li, J., Yuan, M., Liu, Y., Zhao, Y., Wang, J., & Guo, W. (2017). Incidence of constipation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96 (25), 1-6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007225>

Li, X., He, Y., Wang, D., & Rezaei, M.J. (2024a). Stroke rehabilitation: from diagnosis to therapy. *Frontiers in neurology*, 15, 1-21. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1402729>

Li, M., Huang, S., Ding, Y., Li, X., Cui, Y., & Chen, S. (2024b). The effectiveness of chin-down manoeuvre in patients with dysphagia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of oral rehabilitation*, 51 (4), 762-774. <https://doi.org/10.1111/joor.13631>

Limão, R.P., & Martins, R.M.L. (2021). Effectiveness of rehabilitation nursing programs on balance, gait, and functional independence in hospitalized older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (8), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20205>

Liu, J., Wang, Q., Tian, J., Zhou, W., Gao, Y., Chen, X., Zhang, W., Gao, Y., & Zhou, L. (2023). Effects of chin tuck against resistance exercise on post-stroke dysphagia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neurology*, 13, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.1109140>

Lourenço, M., Encarnação, P., Martins, T., Araújo, F., & Machado, P. (2021). Compromisso no autocuidado versus potencial para melhorar o autocuidado: Explicação do juízo clínico do

enfermeiro. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 4 (2), 7-18. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.155>

Lugtmeijer, S., Lammers, N.A., de Haan, E.H.F., de Leeuw, F.E., & Kessels, R.P.C. (2021). Post-Stroke Working Memory Dysfunction: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Neuropsychology review*, 31 (1), 202-219. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09462-4>

Luo, X., Fang, W., Ji, J., Zhang, Y., Garcia-Milian, R., Wang, Z., Tan, Y., Wang, S., Wang, X., Guo, X., & Luo, X. (2023a). Association of lesion location with post-stroke depression in China: a systematic review and meta-analysis. *EC psychology and psychiatry*, 12 (3), 34-45. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9997510/>

Luo, Y., Yu, G., Liu, Y., Zhuge, C., & Zhu, Y. (2023b). Sleep quality after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 102 (20), 1-8. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033777>

Lv, Q., Zhang, J., Pan, Y., Liu, X., Miao, L., Peng, J., Song, L., Zou, Y., & Chen, X. (2022). Somatosensory Deficits After Stroke: Insights From MRI Studies. *Frontiers in neurology*, 13, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.891283>

Marinheiro, G., Araújo, B., Monteiro, G. A., Leite, M., Mutarelli, A., Almeida, A.M., Cavalcante-Neto, J.F., Rivera, A., Pinheiro, A.C., & Telles, J. P. M. (2024). Ticagrelor versus clopidogrel in dual antiplatelet therapy after minor stroke or transient ischemic attack: an updated network meta-analysis. *Journal of neurology*, 271 (6), 3030-3038. <https://doi.org/10.1007/s00415-024-12330-3>

Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D.L., & Diamant, N.E. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) - Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40, 555-561. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.510370>

Matsubara, M., Tohara, H., Hara, K., Shinozaki, H., Yamazaki, Y., Susa, C., Nakane, A., Wakasugi, Y., & Minakuchi, S. (2018). High-speed jaw-opening exercise in training suprahyoid fast-twitch muscle fibers. *Clinical interventions in aging*, 13, 125-131. <https://doi.org/10.2147/CIA.S152821>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23 (1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Menoita, E.C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência.

Miyamoto, T., Kumai, Y., Matsubara, K., Kodama, N., Satoh, C., & Orita, Y. (2021). Different types of dysphagia alleviated by the chin-down position. *Auris, nasus, larynx*, 48 (5), 928-933. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2021.02.008>

- Mohandas, P., Alomari, Z., Arti, F., Alhneif, M., Alejandra Ruiz, P., Ahmed, A. K., Wei, C. R., & Amin, A. (2024). A Systematic Review and Meta-Analysis on the Identification of Predictors Associated With Insomnia or Sleep Disturbance in Post-stroke Patients. *Cureus*, *16* (3), 1-12. <https://doi.org/10.7759/cureus.56578>
- Moon, I. Y., Yi, C. H., Park, I. W., & Yong, J. H. (2020). Effects of sitting posture and bolus volume on activation of swallowing-related muscles. *Journal of oral rehabilitation*, *47* (5), 577-583. <https://doi.org/10.1111/joor.12934>
- Movérare, T., Lohmander, A., Hultcrantz, M., & Sjögreen, L. (2017). Peripheral facial palsy: Speech, communication and oral motor function. *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases*, *134* (1), 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.12.002>
- Muñoz, S.A., & Rodríguez, R.R. (2020). Guía de Disfagia. Manejo de la disfagia em AP. BrysemFARMA. <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
- Murray, J., & Scholten, I. (2017). An oral hygiene protocol improves oral health for patients in inpatient stroke rehabilitation. *Gerodontology*, *35* (1), 18-24. <https://doi.org/10.1111/ger.12309>
- Nassri, A., & Schey, R. (2020). Deglutition and oropharyngeal dysphagia. In S.S.C. Rao, Y.Y. Lee, & U.C. Ghoshal, *Clinical and Basic Neurogastroenterology and Motility* (pp. 165-181). Academic Press.
- Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P., & Speyer, R. (2016). Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, *31* (2), 232-249. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>
- Nóbrega, E.P.P., & Motta, P.P. (2023). Abordagem fonoaudiológica em pacientes com paralisia facial: conduta terapêutica de pessoas com paralisia facial periférica. *RevistaFT*, *27* (128). <https://revistaft.com.br/abordagem-fonoaudiologica-em-pacientes-com-paralisia-facial-conduta-terapeutica-de-pessoas-com-paralisia-facial-periferica/>
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European stroke journal*, *3* (4), 309-336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Oliveira, I.J., Couto, G.R., Santos, R.V., Campolargo, A.M., Lima, C. & Ferreira, P.L. (2021). Best Practice Recommendation for Dysphagia Management in Stroke Patients: Consensus from a Portuguese Expert Panel. *Portuguese Journal of Public Health*, *39* (3), 145-162. <https://doi.org/10.1159/000520505>
- Oliveira, I.J., Mota, L.N., Freitas, S.V., & Ferreira, P.L. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, *6* (3),

103-115. <http://dx.doi.org/10.18502/npt.v6i3.1253>

Oosterwijk, A.M., Nieuwenhuis, M.K., van der Schans, C.P., & Mouton, L.J. (2018). Shoulder and elbow range of motion for the performance of activities of daily living: A systematic review. *Physiotherapy theory and practice*, 34 (7), 505-528. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1422206>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código Deontológico do Enfermeiro (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Pronúncia conjunta do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de reabilitação n.º 01/2022. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25863/pronuncia-nº1-ce-e-mceer_escala-de-guss_edoc_2022_445_anonimizada.pdf

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: MO: Mosby.

Organização das Nações Unidas. (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

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

Park, J.S., & Hwang, N.K. (2021). Chin tuck against resistance exercise for dysphagia rehabilitation: A systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, 48 (8), 968-977. <https://doi.org/10.1111/joor.13181>

Peeters, G., Bennett, M., Donoghue, O.A., Kennelly, S., & Kenny, R.A. (2020). Understanding the aetiology of fear of falling from the perspective of a fear-avoidance model - A narrative review. *Clinical psychology review*, 79, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101862>

Pimenta, E., Costa, A., Bule, M.J., & Reis, G. (2019). Recuperar a expressão facial após parésia facial central. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5 (1), 1691-1709. <http://hdl.handle.net/10174/27489>

Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B.M., Hoh, B., Jauch, E.C., Kidwell, C.S., Leslie-Mazwi, T.M., Ovbiagele, B., Scott, P.A., Sheth, K.N., Southerland, A.M., Summers, D.V., & Tirschwell, D.L. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.

Stroke, 50 (12), e344–e418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>

Qin, Y., Tang, Y., Liu, X., & Qiu, S. (2023). Neural basis of dysphagia in stroke: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in human neuroscience*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1077234>

Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 50 (9), 769–778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Diário da República: II Série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Diário da República: II série nº 119. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Diário da República: II Série, nº 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Reznik, M.E., Yaghi, S., Jayaraman, M.V., McTaggart, R.A., Hemendinger, M., Mac Grory, B.C., Burton, T.M., Cutting, S.M., Thompson, B.B., Wendell, L.C., Mahta, A., Potter, N.S., Daiello, L.A., Kosar, C.M., Jones, R.N., & Furie, K.L. (2018). Level of consciousness at discharge and associations with outcome after ischemic stroke. *Journal of the neurological sciences*, 390, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2018.04.022>

Rimmele, D.L., Frey, B.M., Cheng, B., Schulz, R., Krawinkel, L.A., Bönstrup, M., Braass, H., Gerloff, C., & Thomalla, G. (2018). Association of Extrapyramidal Tracts' Integrity With Performance in Fine Motor Skills After Stroke. *Stroke*, 49 (12), 2928–2932. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.022706>

Rocha, I.D.J., Bravo, M.F.M., Sousa, L.M.M., Mesquita, A.C.N., & Pestana, H.C.F.C. (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 (1), 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Rowe, F.J., Hepworth, L.R., Howard, C., Hanna, K.L., Cheyne, C.P., & Currie, J. (2019). High incidence and prevalence of visual problems after acute stroke: An epidemiology study with implications for service delivery. *PLoS ONE*, 14 (3), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213035>

Santos, J.T., Campos, C.M., & Martins, M.M. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3 (2), 36-43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

Santos, J.M., Prata, A.P., Cunha, I.C., & Santos, M.R. (2021). Independência no autocuidado nos

doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. *Enfermagem em Foco*, 12 (2), 346-353. <https://enfermfoco.org/article/independencia-no-autocuidado-nos-doentes-com-acidente-vascular-cerebral-contribuicao-da-enfermagem-de-reabilitacao/>

Saraiva, J., Rosa, G., Fernandes, S., & Fernandes, J.B. (2023). Current Trends in Balance Rehabilitation for Stroke Survivors: A Scoping Review of Experimental Studies. *International journal of environmental research and public health*, 20 (19), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196829>

Sasegbon, A., & Hamdy, S. (2017). The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology and motility*, 29 (11), 1-15. <https://doi.org/10.1111/nmo.13100>

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley*, 10^o edição. McGraw Hill.

Shimizu, A., Fujishima, I., Maeda, K., Murotani, K., Kayashita, J., Ohno, T., Nomoto, A., Ueshima, J., Ishida, Y., Inoue, T., & Mori, N. (2021). Texture-Modified Diets are Associated with Poor Appetite in Older Adults who are Admitted to a Post-Acute Rehabilitation Hospital. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22 (9), 1960-1965. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.018>

Son, S.B., Chung, S.Y., Kang, S., & Yoon, J.S. (2017). Relation of Urinary Retention and Functional Recovery in Stroke Patients During Rehabilitation Program. *Annals of rehabilitation medicine*, 41 (2), 204-210. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.2.204>

Spencer, K.A., & Brown, K.A. (2018). Dysarthria following Stroke. *Seminars in speech and language*, 39 (1), 15-24. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1608852>

Surgent, O. J., Dadalko, O.I., Pickett, K.A., & Travers, B.G. (2019). Balance and the brain: A review of structural brain correlates of postural balance and balance training in humans. *Gait & posture*, 71, 245-252. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2019.05.011>

Tan, C.J., Koh, J.W.T., Tan, B.K.J., Woon, C.Y., Teo, Y.H., Ng, L.S., & Loh, W.S. (2024). Association Between Hearing Loss and Cardiovascular Disease: A Meta-analysis. *Otolaryngology - head and neck surgery*, 170 (3), 694-707. <https://doi.org/10.1002/ohn.599>

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38 (11), 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

Uesugi, Y., Ihara, Y., Yuasa, K., & Takahashi, K. (2019). Sole-ground contact and sitting leg position influence suprahyoid and sternocleidomastoid muscle activity during swallowing of

liquids. *Clinical and experimental dental research*, 5 (5), 505-512. <https://doi.org/10.1002/cre2.216>

United Nations. (2015). Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. <https://docs.un.org/en/A/RES/70/1>

Verin, E., Clavé, P., Bonsignore, M.R., Marie, J.P., Bertolus, C., Similowski, T., & Laveneziana, P. (2017). Oropharyngeal dysphagia: when swallowing disorders meet respiratory diseases. *The European respiratory journal*, 49 (4), 1-4. <https://doi.org/10.1183/13993003.02530-2016>

Vidal-Casariego, A., González-Núñez, S., Pita-Gutiérrez, F., Lugo-Rodríguez, G., & Martínez-Ramonde, T. (2021). Acceptance of different types of thickeners, with and without flavoring, in hospitalized patients with dysphagia - A pilot study. *Nutricion hospitalaria*, 38 (5), 1082-1088. <https://doi.org/10.20960/nh.03639>

Wang, L., Ma, L., Ren, C., Zhao, W., Ji, X., Liu, Z., & Li, S. (2024). Stroke-heart syndrome: current progress and future outlook. *Journal of neurology*, 271 (8), 4813-4825. <https://doi.org/10.1007/s00415-024-12480-4>

Wei, X., Sun, S., Zhang, M., & Zhao, Z. (2024). A systematic review and meta-analysis of clinical efficacy of early and late rehabilitation interventions for ischemic stroke. *BMC neurology*, 24 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03565-8>

Wilkinson, J.M., Codipilly, D.C., & Wilfahrt, R.P. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. *American family physician*, 103 (2), 97-106. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0115/p97.html>

Wu, X.S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2020). Nutritional Intake and Meal Composition of Patients Consuming Texture Modified Diets and Thickened Fluids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 8 (4), 1-24. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040579>

Wu, X.S., Miles, A., & Braakhuis, A.J. (2021). Texture-Modified Diets, Nutritional Status and Mealtime Satisfaction: A Systematic Review. *Healthcare*, 9 (6), 1-19. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060624>

Ye, Y., Zhou, W., Cheng, W., Liu, Y., & Chang, R. (2020). Short-Term and Long-Term Safety and Efficacy of Treatment of Acute Ischemic Stroke with Low-Molecular-Weight Heparin: Meta-Analysis of 19 Randomized Controlled Trials. *World neurosurgery*, 141, e26-e41. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.04.038>

Yin, Y., Zhang, L., Marshall, I., Wolfe, C., & Wang, Y. (2022). Statin Therapy for Preventing Recurrent Stroke in Patients with Ischemic Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Cohort Studies. *Neuroepidemiology*, 56 (4), 240-249. <https://doi.org/10.1159/000525672>

Yoshikawa, M., Nagakawa, K., Tanaka, R., Yamawaki, K., Mori, T., Hiraoka, A., Higa, C., Nishikawa, Y., Yoshida, M., & Tsuga, K. (2021). Improper sitting posture while eating adversely affects maximum tongue pressure. *Journal of dental sciences*, *16* (1), 467-473. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.08.012>

Zhai, M., Huang, Y., Zhou, S., Jin, Y., Feng, J., Pei, C., Wen, L., & Wen's, L. (2023). Effects of age-related changes in trunk and lower limb range of motion on gait. *BMC musculoskeletal disorders*, *24* (1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06301-4>

Zhang, W., Pan, H., Zong, Y., Wang, J., & Xie, Q. (2022). Respiratory Muscle Training Reduces Respiratory Complications and Improves Swallowing Function After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *103* (6), 1179-1191. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.10.020>