



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO

Sara Patrícia Oliveira Gonçalves

INTERVENÇÕES DE
REABILITAÇÃO EM
PESSOAS COM PARÉSIA
FACIAL CENTRAL: UMA
SCOPING REVIEW

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS
COM PARÉSIA FACIAL CENTRAL: UMA SCOPING
REVIEW**

Relatório Final de Estágio

Sara Patrícia Oliveira Gonçalves

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Professor Mestre Luís Gaspar

Oliveira de Azeméis | 2025

O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim
pelas dificuldades que superou pelo caminho.

Abraham Lincoln

AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma sincera a todos os que contribuíram, de alguma forma, para a concretização deste relatório final.

Particularmente, ao Mestre Luís Gaspar, orientador deste trabalho, pela paciência, resiliência, disponibilidade, compreensão, incentivo e partilha de conhecimento.

A todos os tutores dos diversos locais de estágio por onde passei, o meu agradecimento por todo o vosso trabalho exímio.

À minha família e amigos, em particular aos meus pais, que estiveram sempre presentes em todos os momentos. Obrigada por todo o amor, pelo apoio incondicional e incentivo diário.

Um agradecimento especial a todos os profissionais que trabalham na GAIARTS, em especial à Ana Morais, Daniela Meireles, Enf^a Rita Rocha e Ana Sofia Conceição por toda a paciência, compreensão, incentivo e suporte emocional durante todo o percurso.

A ti, Jaime, um especial obrigado por não me deixares desistir quando o caminho parecia não ter um fim. Obrigada por toda a motivação e incentivo. A ti te devo parte deste trabalho.

De uma forma geral, agradeço a todos os que de uma forma ou de outra me incentivaram à conclusão desta que foi uma grande jornada.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

FRCV – Fatores de Risco Cardiovasculares

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ – Prótese Total do Joelho

DGS – Direção Geral da Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

PFC – Parésia Facial Central

PFP – Parésia Facial Periférica

PCC – População, Contexto, Conceito

OE – Ordem dos Enfermeiros

NIHSS – *National Institute of Health Stroke Scale*

RESUMO

Os cuidados de reabilitação pressupõem competências de nível avançado que exigem a constante atualização do conhecimento, baseado na mais recente evidência científica, por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, garantindo cuidados de enfermagem de reabilitação de elevada qualidade.

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final integrado no plano de estudo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e tem como objetivos refletir sobre a evolução e as experiências vivenciadas no contexto da prática clínica, o percurso desenvolvido na aquisição de competências profissionais de enfermeira especialista nos contextos de estágio e o desenvolvimento de competências de investigação. Este relatório desenvolve-se em duas partes: a componente de estágio e a componente de investigação

Na primeira parte do relatório são apresentados os contextos de estágio para as diferentes áreas de prática clínica: prática em processo ortopédico, prática em processo cardíaco, prática em processo respiratório e a área de opção. É também efetuada uma análise crítico-reflexiva sobre as experiências vivenciadas durante a prática clínica, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A segunda parte do relatório corresponde à componente de investigação, com foco nas intervenções de reabilitação à pessoa com parésia facial central. Para melhor identificar essas intervenções realizou-se uma *Scoping Review*. Seguiu-se os princípios orientadores do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções autorrealizadas utilizadas nos programas de reabilitação a pessoas com parésia facial central. Pretendeu-se com esta revisão contribuir para o avanço do conhecimento sobre as intervenções de reabilitação autorrealizadas da parésia facial central, por se tratar de uma área tão importante e significativa para a qualidade de vida das pessoas, bem como promover a satisfação com os cuidados prestados pelos Enfermeiros de Reabilitação.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Parésia facial, Enfermagem, Reabilitação, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Rehabilitation care presupposes advanced level skills that require constant updating of knowledge, based on the latest scientific evidence, by the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing, ensuring high quality rehabilitation nursing care.

This report is part of the Professional Internship with Final Report Curricular Unit, integrated into the study plan of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa and aims to reflect on the evolution and experiences lived in the context of clinical practice, the path developed in the acquisition of professional skills as a specialist nurse in internship contexts and the development of research skills. This report is divided into two parts: the internship component and the research component.

In the first part of the report, the internship contexts for the different areas of clinical practice are presented: practice in orthopaedic process, practice in cardiac process, practice in respiratory process and the optional area. A critical-reflective analysis is also carried out on the experiences lived during clinical practice, the common skills of the specialist nurse and the specific skills of the specialist nurse in rehabilitation nursing.

The second part of the report corresponds to the research component, focusing on rehabilitation interventions for people with central facial paresis. In order to better identify these interventions, a Scoping Review was carried out. The guiding principles of the Joanna Briggs Institute were followed, with the aim of mapping the scientific evidence on self-performed interventions used in rehabilitation programs for people with central facial paresis. The aim of this review was to contribute to the advancement of knowledge on self-performed rehabilitation interventions for central facial paresis, since this is such an important and significant area for people's quality of life, as well as to promote satisfaction with the care provided by Rehabilitation Nurses.

Keywords: Stroke, Facial paresis, Nursing, Rehabilitation, Rehabilitation Nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Estratégia de pesquisa efetuada na PubMed.....	74
Tabela 2: Estratégia de pesquisa efetuada na CINAHL Complete.....	75
Tabela 3: Síntese de Resultados.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Teoria das transições de Afaf Meleis.....	65
Figura 2: Fluxograma PRISMA ScR do processo de seleção de artigos.....	77

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	25
1.1. Prática Em Contexto Ortopédico.....	25
1.2. Prática Em Processo Cardíaco	27
1.3. Prática Em Processo Respiratório.....	28
1.4. Prática Em Área De Opção (Neonatologia).....	29
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	31
2.1. Competências Do Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética E Legal	31
2.2. Competências No Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade	34
2.3. Competências No Domínio Da Gestão De Cuidados.....	37
2.4. Competências No Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais	39
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	43
3.1. Cuida De Pessoas Com Necessidades Especiais, ao Longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	43
3.2. Competência J2 “Capacita A Pessoa Com Deficiência, Limitação Da Atividade E/Ou Restrição Da Participação Para A Reinserção E Exercício Da Cidadania”	47
3.3. Maximiza A Funcionalidade Desenvolvendo As Capacidades Da Pessoa	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	55
1. RESUMO	57
2. ABSTRACT.....	59
3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO	61
4. FINALIDADE E OBJETIVOS	71

5. METODOLOGIA.....	73
6. RESULTADOS	77
7. DISCUSSÃO	83
8. CONCLUSÃO	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS.....	97
ANEXO I: <i>National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)</i>.....	99
ANEXO II: <i>SunnyBrook Grading Scale</i>	101
ANEXO II: <i>House-Brackmann Facial Grading System</i>.....	103

INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pretende promover o desenvolvimento de competências humanas, técnicas e científicas que são fundamentais para a prestação de cuidados por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) à pessoa com algum tipo de incapacidade, tendo por principal objetivo a melhoria da função, a promoção da independência e a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima (Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio, 2019). Ainda de acordo com este regulamento, é um profissional que detém competências para gerir, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo por base problemas reais de pessoas com algum tipo de incapacidade. A intervenção deste profissional tem como objetivo a identificação precoce do diagnóstico, de forma a garantir a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, obtendo ganhos em saúde (Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio, 2019).

A promoção do bem-estar e qualidade de vida são os principais focos de atenção dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, por forma a restabelecer a funcionalidade, promover o autocuidado, prevenir complicações e maximizar as capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na prestação de cuidados de enfermagem especializada, o EEER deve entender as dinâmicas da sua intervenção. A integração em estágios de natureza profissional simplifica o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos.

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrado no Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. O relatório resulta da realização do estágio em prática em contexto ortopédico, processo cardíaco e processo respiratório num centro hospitalar da região norte de Portugal e um estágio em área de opção num serviço de neonatologia. Através deste relatório, pretende-se evidenciar o pensamento crítico sobre o percurso de aprendizagem nos estágios da prática clínica e sobre o desenvolvimento e aquisição de competências gerais do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Este relatório encontra-se organizado em duas partes: a componente de estágio e a componente de investigação.

Na primeira parte, o primeiro capítulo irá debruçar-se sobre a componente de estágio onde será efetuado uma caracterização dos locais de estágio, e especialmente o papel do enfermeiro de reabilitação em cada contexto de trabalho. No segundo capítulo apresenta-se uma descrição das atividades realizadas para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista nas suas quatro dimensões “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O terceiro capítulo irá abordar as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação destacando situações com maior contributo para o processo de aprendizagem e aquisição de competências. Finalmente o quarto capítulo incluirá as considerações finais.

A segunda parte deste relatório versará sobre a componente de investigação, e inclui uma *Scoping Review* intitulada “Intervenções De Reabilitação Em Pessoas Com Parésia Facial Central – uma *scoping review*”, com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as intervenções autorrealizadas utilizadas nos programas de reabilitação a pessoas com parésia facial central. A segunda parte divide-se em seis capítulos, iniciando-se pelo enquadramento teórico, de forma a sustentar o tema em estudo, a finalidade e objetivos, a metodologia utilizada, os resultados obtidos, a discussão desses resultados e as conclusões, bem como as implicações para a prática clínica.

A escolha e pertinência do tema escolhido está relacionado com o facto da parésia facial central ser uma das complicações após Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este défice por vezes é minorizado, uma vez que as áreas motoras associadas à marcha e ao desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) ganham mais importância e são alvo de maior atenção tendo em vista à máxima recuperação da pessoa. A parésia facial central é caracterizada por parésia ou fraqueza dos músculos da face com repercussões a nível estético, na deglutição e na comunicação devido principalmente à disartria associada (*National Institute of Neurological Disorders & Stroke [NINDS], 2019*). Existem poucos estudos que versem sobre este déficit sendo que a maioria dos estudos encontrados na sua revisão reportam sobre doentes com parésia facial periférica (Fabricius *et al.*, 2021).

O relatório finaliza com uma breve conclusão e algumas considerações finais e referências bibliográficas utilizadas para sua elaboração.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A Unidade Curricular de estágio de natureza profissional com relatório final, integrada na estrutura curricular do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação, decorreu entre 02 de outubro de 2023 e 08 de março de 2024. Esta unidade curricular foi desenvolvida em quatro locais de estágio: primeiro de prática em contexto do doente ortopédico, o segundo em prática em processo cardíaco, o terceiro prática em processo respiratório e o quarto prática área de opção tendo sido realizado em contexto neonatal. Durante os estágios pretendeu-se desenvolver tanto as competências comuns como as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tendo sempre por base os princípios da enfermagem avançada e especializada e o planeamento e tomada de decisão em situações complexas em áreas de intervenção específica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Os conteúdos adquiridos nas aulas teóricas, teórico-práticas e práticas, o constante pensamento critico-reflexivo e todas as experiências que os diversos locais de estágio permitiram, contribuíram de forma favorável para o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da enfermagem de reabilitação.

1.1. Prática Em Contexto Ortopédico

“O programa de reabilitação em ortopedia tem como objetivos: prevenir complicações, promover amplitude de movimento, restaurar independência e reduzir a dor e edema e deve ser integrado em dois momentos: o pré-operatório e pós-operatório (...)” (Sousa, 2017, p.10). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER) em contexto ortopédico assume especial importância por ser um elemento determinante para a readaptação da pessoa à sua nova condição, incentivando que tanto esta como os familiares/cuidadores se comprometam com a sua reintegração no contexto social e profissional. Os EER, atuam no período pré-operatório, pós-operatório e na preparação para a alta.

O estágio decorreu no serviço de ortopedia de um grande hospital da região norte de Portugal. O serviço é constituído por 32 camas sendo que 6 camas pertencem ao serviço de ortogeriatria, sendo destinadas a doentes com mais de 65 anos com patologia da anca já submetidos a cirurgia, na sua maioria artroplastia total da anca ou encavilhamentos.

A equipa de enfermagem incluía 2 EEER que prestavam cuidados de enfermagem de reabilitação de segunda a sexta-feira das 8h às 15h e ocasionalmente ao fim de semana.

Os EEER neste serviço são um elo de ligação entre a pessoa, família, equipa médica e assistente social. Desenvolviam a sua intervenção fundamentalmente em duas dimensões: uma orientada para a condição e outra relacionada com a forma como a pessoa lidava com esta nova condição, ou seja, autogestão do processo de doença e promoção de autonomia.

Neste sentido, e no doente cirúrgico, a sua atuação inicia-se no período pré-operatório, onde o EEER tem um papel preponderante através de intervenções como por exemplo: explicar o procedimento cirúrgico, instruir sobre exercícios de reeducação funcional respiratória com o objetivo de prevenir a ocorrência de complicações pós-operatórias pulmonares e explanar os objetivos da reabilitação pós-operatória especialmente a recuperação da autonomia funcional e o fortalecimento muscular (Fujimoto & Nakayama, 2019). No período pós-operatório a intervenção do EEER passa por mobilização precoce da articulação lesada (anca ou joelho eram as mais frequentes), treino de AVD e o treino de marcha com auxiliar de marcha, subir e descer escadas e a consolidação dos conhecimentos adquiridos no período pré-operatório.

Na preparação do regresso a casa, é fundamental que o EEER conheça o domicílio das pessoas tendo em vista antecipar possíveis situações de risco. A importância do envolvimento dos cuidadores na intervenção do EEER passa pelo fornecimento de informações úteis e instrução sobre os exercícios a realizar no domicílio (Pino, 2019). Importa ainda referir, que a todos os cuidadores era fornecido o contacto do serviço para qualquer esclarecimento

Este estágio decorreu na altura do dia do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e foi possível participar na captação de imagens, elaboração de vídeos com testemunhos de pessoas do foro ortopédico e de que forma os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação se constituem uma mais valia na recuperação e posterior regresso ao domicílio.

1.2. Prática Em Processo Cardíaco

A reabilitação cardíaca é definida pelo Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação Cardíaca da Ordem dos Enfermeiros como “uma intervenção multifatorial e abrangente na prevenção secundária concebida para limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos da doença cardiovascular. Embora tradicionalmente dividida em três fases (intra-hospitalar, ambulatorio e intervenção de longo prazo (...)) trata-se, na realidade, de um processo contínuo ao longo da vida do paciente, composto por etapas-chave que permitem o retorno a uma vida normal após um evento cardíaco. (...) todos os programas incluem: avaliação inicial, controlo de FRCV, apoio psicossocial, adesão ao regime medicamentoso, aconselhamento sobre atividade física e treino com exercício físico” (OE, 2020, p. 141).

Neste contexto de estágio, que decorreu num serviço de cardiologia de um hospital da região norte, recebe pessoas após um evento cardíaco agudo ou descompensação de patologia cardíaca-pré-existente

Este serviço inclui um serviço de cuidados intensivos coronários e dois serviços de cuidados intermédios. A equipa de enfermagem incluía 2 EEER que prestam cuidados de enfermagem de reabilitação todos os dias exceto ao domingo das 8h às 15h.

Existe no serviço uma consulta de enfermagem de reabilitação à pessoa com insuficiência cardíaca. Esta consulta era realizada por 1 EEER e incluía uma componente educacional sobre a doença, fatores de risco cardiovasculares, sinais e sintomas de alarme e adesão ao regime terapêutico. Incluía também uma componente clínica com monitorização dos sinais vitais, pesquisa de edema dos membros inferiores e avaliação da capacidade funcional com a realização de dois testes: prova de marcha de 6 minutos e o teste *Timed Up and Go* (que apesar de ser um teste originalmente idealizado para avaliar o risco de queda era utilizado neste contexto) para avaliar a capacidade funcional.

O serviço tem um programa de reabilitação cardíaca fase I bem estruturado para as pessoas com patologia cardíaca isquémica. Este tem como objetivos melhorar a capacidade funcional e promover a educação para a saúde, capacitando sobre atividade física, exercício físico, gestão da doença, otimização do regime farmacológico, reconhecimento dos sinais de alarme e prevenção de complicações.

O programa de exercício físico é de baixa intensidade e inclui aquecimento, treino de exercício físico e alongamentos musculares, com duração máxima de 20 minutos, contínuo ou intervalados, com uma frequência bi-diária. A avaliação final do programa engloba a prova de marcha de 6 minutos para avaliar a tolerância ao esforço submáximo antes da alta.

1.3. Prática Em Processo Respiratório

A reabilitação respiratória é definida como “uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação extensiva dos doentes, seguida por tratamentos individualizados que incluem – mas não limitados a – exercício físico, educação e alteração comportamental, desenhados para melhorar a condição física e emocional de pessoas com doença respiratória crónica, e para promover a adesão prolongada a comportamentos de saúde” (Spruit *et al.*, 2013, p.16). O estágio em contexto de prática em processo respiratório decorreu na unidade de reabilitação respiratória do serviço de pneumologia de um grande hospital da região norte de Portugal. Esta unidade é constituída apenas por EEER. Encontra-se dividida em duas salas: a sala de reeducação funcional respiratória (RFR) e a sala de programa I (exercício físico com componente de RFR).

A sala de reeducação funcional respiratória acolhia pessoas com patologia respiratória crónica em regime ambulatorio. Os EEER delineavam as intervenções de enfermagem de reabilitação dependendo do padrão respiratório que as pessoas apresentavam (padrão obstrutivo ou restritivo), também era nesta sala que se fazia a drenagem de secreções brônquicas. Nesta sala havia especial enfoque na componente educacional sendo realizadas sessões de educação pelos EEER com o objetivo de capacitar as pessoas para a autogestão da sua doença de forma a minimizar o impacto no dia-a-dia, ensinando sobre a patologia, reconhecimento de exacerbações da doença e técnicas de gestão de energia, gestão do regime terapêutico com especial ênfase no uso correto dos inaladores e câmara expansora. As intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas na sala de reeducação funcional respiratória incluíam técnicas de relaxamento e descanso, técnicas de correção postural, técnicas de controlo ventilatório, exercícios de reeducação diafragmática e costal, utilização de dispositivos respiratórios (flutter e inspirómetro de incentivo). As sessões na sala de RFR eram individualizadas e tinham a duração de uma hora.

O Programa I era realizado numa sala própria reservada especificamente para o treino de exercício que tem nestas pessoas o objetivo de otimizar o estado funcional e diminuir a intolerância ao esforço. A sala era constituída por equipamentos para treino aeróbio como o cicloergómetro de pernas e de braços e a passadeira elétrica e equipamentos para treino de força muscular como halteres, perneiras e a máquina de quadríceps e bíceps, tríceps, peitoral e dorsal.

O programa I inclui exercícios de reeducação funcional respiratória, alongamentos musculares, treino aeróbio (bicicleta ou passadeira elétrica), treino de força muscular para a musculatura dos membros superiores e inferiores, grande peitoral e grande dorsal. A perceção subjetiva de esforço era avaliada pela escala de Borg modificada

Tanto na sala da RFR como na sala de treino de exercício físico as pessoas encontravam-se em regime de ambulatório e apenas eram referenciados após consulta médica de cinesiterapia respiratória.

1.4. Prática Em Área De Opção (Neonatologia)

“A Enfermagem de Reabilitação pode contribuir (...), desde uma fase precoce, integrada nos cuidados multidisciplinares e holísticos, agindo sobre as funções respiratória, motora, sensorial, alimentação e educação parental” (Silva, 2022, pág. 21).

Para o estágio de opção escolhi o serviço de neonatologia num grande centro hospitalar do norte de Portugal. Este serviço apenas tem um EEER que presta a maior parte da sua atividade laboral no serviço de neonatologia, dando apoio ao serviço de pediatria na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a doentes do foro respiratório quando solicitado.

O serviço de neonatologia é constituído por 16 camas sendo que 5 são referentes aos cuidados intensivos e as restantes aos cuidados intermédios, sendo 2 delas para bebés com necessidade de isolamento.

As intervenções de enfermagem de reabilitação dos EEER neste contexto são:

- Limpeza das vias aéreas (lavagens nasais, aspiração de secreções, técnica de drenagem postural) com o objetivo de otimizar a ventilação/perfusão através dos diversos

posicionamentos e permeabilização da via aérea. Sempre efetuada antes do bebé se alimentar e após a sessão de reabilitação;

- Posicionamentos terapêuticos, tendo sempre em conta a simetria e alinhamento corporal;
- Estimulação sensorial (estimulação olfativa, gustativa, proprioceptiva táctil, cinestésica, vestibular, visual – muitas vezes usado o leito materno como estímulo e a posição de canguru). Sempre que a condição clínica do neonato permitia, a EEER colocava-o na posição canguru proporcionando o contacto pele a pele com o pai ou mãe e favorece a regulação de estímulos sensoriais do neonato;
- Identificações de perturbação no desenvolvimento motor do neonato;
- Treino de competências orais tais como exercícios de sucção não nutritiva, estimulação oromotora, avaliação da prontidão alimentar e das competências para a alimentação oral;
 - Treino aos pais sobre alimentação com copo adaptado, biberão ou sonda orogástrica;
- Programas de educação parental onde eram abordados temas como posicionamentos, exercícios promotores do neuro desenvolvimento, etapas e sinais de alarme no desenvolvimento e esclarecimento de dúvidas.

Foi notório a dificuldade de trabalhar com esta faixa etária, tendo sempre em atenção que as intervenções da EEER teriam de ser devidamente planeadas para não ocorrerem imediatamente após a alimentação dos neonatos nem perturbar o período de descanso que estes necessitam. Facilmente foi perceptiva a falta de evidência científica que apoie a prática de enfermagem de reabilitação tanto na neonatologia como em contexto pediátrico.

Tendo em conta que este estágio era de apenas 48h, o principal objetivo foi desenvolver conhecimento sobre a enfermagem de reabilitação em contexto de neonatologia.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista estão descritas como as competências que são "partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Todas as áreas de especialidade estão assentes em domínios comuns, sendo o enfermeiro especialista a quem se reconhece competência científica, técnica e humana de prestar cuidados especializados. Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são sustentados em quatro âmbitos: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

2.1. Competências Do Domínio Da Responsabilidade Profissional, Ética E Legal

A tomada de decisão dos enfermeiros especialista, tem por base os princípios éticos, o código deontológico e o enquadramento jurídico (OE, 2015).

2.1.1. Desenvolve Uma Prática Profissional Ética E Legal, Na Área De Especialidade, Agindo De Acordo Com As Normas Legais, Os Princípios Éticos E Deontologia Profissional

Compete ao enfermeiro especialista desenvolver “uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746).

A igualdade, liberdade responsável, capacidade de escolha (tendo em conta o bem-estar comum), justiça, verdade, altruísmo, solidariedade e a competência e aperfeiçoamento profissional são valores universais intrínsecos à prática de enfermagem (OE, 2015).

No exercício da sua profissão, os enfermeiros são confrontados, diariamente, com questões éticas no processo de tomada de decisão clínica. Estes profissionais, para além do facto de zelarem sempre pelos valores da pessoa, família e cuidadores são confrontados com diversos fatores que desafiam a ética e a moral nas tomadas de decisão segundo os valores, princípios e as normas deontológicas da profissão. Todos estes fatores estão intimamente relacionados com aspetos da organização onde maioritariamente é privilegiada a produção, causando sobrecarga de trabalho tendo em conta a escassez de recursos, excesso de tarefas administrativas, elevada rotatividade de pessoas e a desmedida padronização dos cuidados que fazem com que as instituições desvalorizem por vezes os valores éticos inerentes à profissão e comprometam a qualidade e segurança dos cuidados prestados, propiciando o *burnout* dos profissionais (Haahr *et al.*, 2020).

Os enfermeiros que trabalham nos serviços de cuidados intensivos coronários e nos cuidados intensivos neonatais (onde ocorreram dois dos estágios realizados) estão sujeitos a níveis elevados de *stress* e conflitos éticos diários relacionados com a proteção dos direitos da pessoa, os procedimentos invasivos sucessivos, a limitação terapêutica e a obtenção dos consentimentos informados. No serviço de cuidados intensivos coronários era frequente as pessoas (especialmente aqueles com enfarte agudo do miocárdio) estarem renitentes ao início da intervenção do EEER, uma vez que tinham receio que a realização dos exercícios propostos pudessem agravar o seu estado clínico. Nestas situações tentou-se sempre respeitar a individualidade de cada pessoa, construindo estratégias facilitadoras, explicando a importância da intervenção e os riscos associados à não execução da intervenção, sensibilizando a pessoa para a importância da reabilitação cardíaca numa fase precoce e quais os benefícios que teria a longo prazo. Um outro exemplo aconteceu no serviço de internamento em cuidados intermédios de cardiologia em que uma pessoa internada por descompensação da insuficiência cardíaca, recusava todas as intervenções por parte do EEER apesar de múltiplos internamentos pelo mesmo motivo. Com esta pessoa, a intervenção

centrou-se na educação para a saúde, com entrega de folhetos informativos numa tentativa de sensibilizar a aderir ao regime terapêutico, respeitando sempre a sua decisão de não querer participar no programa proposto.

2.1.2. Garante Práticas De Cuidados Que Respeitem Os Direitos Humanos E As Responsabilidades Profissionais

“O enfermeiro especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4746).

O enfermeiro especialista é um elemento de referência na equipa multidisciplinar, estando, muitas vezes, na liderança de processos de índole mais complexos em termos de tomada de decisão ética por deter conhecimento ético, deontológico e jurídico, estando munido de juízo crítico-reflexivo. Este utiliza estratégias de comunicação de partilha e aferimento das suas tomadas de decisão com a equipa multidisciplinar tendo como objetivo máximo o respeito pela pessoa (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Ao longo dos diversos locais de estágio procurou-se sempre desenvolver a prática do exercício profissional de forma segura, ponderada, dinâmica e profissional, reconhecendo os processos de tomada de decisão dentro da equipa multidisciplinar com base nos conhecimentos ético-deontológicos e legais para a prática da profissão de enfermagem, tendo sempre juízos crítico-reflexivos e tendo em apreciação as preferências das pessoas, famílias e cuidadores.

A prática clínica no decorrer dos estágios foi pautada pela presença constante da dignidade pela pessoa, garantia de segurança, respeito pelos valores, crenças e costumes, direito à informação, sigilo profissional, confidencialidade e segurança, bem como a defesa dos direitos fundamentais inscritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (MNE, 1978), na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Portaria n.º 87/2015 de 23 de março, 2015) e na Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto, 2005).

2.2. Competências No Domínio Da Melhoria Contínua Da Qualidade

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro pretende contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, segundo os padrões da qualidade definidos pelo Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). Os projetos de melhoria contínua em saúde têm por finalidade a partilha da informação obtida de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados em saúde, contribuindo para o uso adequado dos recursos, melhorando a literacia em saúde e cultura científica.

2.2.1. Garante Um Papel Dinamizador No Desenvolvimento E Suporte De Iniciativas Estratégicas Institucionais Na Área Da Governação Clínica

“O enfermeiro especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747).

As competências Comuns do Enfermeiro Especialista para o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, de acordo com o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019), pressupõem que o enfermeiro apresente um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e que desenvolva práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e que garanta um ambiente terapêutico e seguro.

Na unidade de Reabilitação Respiratória do serviço de pneumologia, os EEER tinham reuniões semanais onde estavam presentes o enfermeiro gestor (também EEER) e a equipa médica. Este era um momento de discussão sobre casos clínicos existentes na unidade, mas também um momento de partilha de conhecimento e enriquecimento. Durante a permanência neste local de estágio foi possível participar numa formação sobre técnicas de mobilização e

drenagem de secreções que muito contribuiu para o desempenho no decorrer do estágio, permitindo retirar dúvidas existentes e adaptar as práticas.

2.2.2. *Desenvolve Práticas De Qualidade, Gerindo E Colaborando Em Programas De Melhoria Contínua*

“O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747).

A existência de protocolos e normas orientadoras apoiam a tomada de decisão do enfermeiro, possibilitando a prestação de cuidados com base na evidência científica, permitindo a correção de inconformidades impulsionando a procura pela melhoria contínua e segurança das pessoas alvo dos cuidados (Sales *et al.*, 2018). A criação e constante atualização de documentos e procedimentos traz consigo sérios benefícios para o exercício profissional. Neste sentido, foi pedido pela tutora do serviço de ortopedia uma pesquisa em bases de dados relativamente ao protocolo de intervenção da pessoa submetida a Prótese total da anca (PTA) de forma a ser criado, posteriormente, um protocolo de intervenção. No decorrer do estágio, não foi possível a criação do protocolo, no entanto, foi entregue ao serviço os artigos encontrados de forma a integrarem o protocolo.

Tendo por base o conceito de melhoria contínua da qualidade, foi sugerido, também no serviço de ortopedia a criação de um manual de acolhimento para ser entregue aos familiares e pessoas como estratégia facilitadora do processo de comunicação entre a equipa e os familiares, diminuindo o stress que o internamento gera. O manual não foi finalizado, tendo em conta que a proposta surgiu na última semana de estágio e a tutora informou que apenas se poderia avançar com a criação do documento após validação da chefia intermédia e do conselho de administração.

No contexto neonatal foi possível perceber a dificuldade que a EEER enfrenta pelo facto de não haver consenso científico nas intervenções passíveis de serem realizadas de forma a criar protocolos de intervenção.

2.2.3. *Garante Um Ambiente Terapêutico E Seguro*

“O enfermeiro especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4747).

O enfermeiro especialista tende a centrar a gestão do ambiente na pessoa de forma a prevenir incidentes e efetivar a terapêutica assegurando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, sempre dentro das suas competências e responsabilidades (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Tendo em conta o referido anteriormente, no serviço de ortopedia identificaram-se algumas dificuldades e práticas passíveis de melhoria, nomeadamente a escassez de protocolos de intervenção que apoiassem a tomada de decisão e uniformizassem os cuidados às pessoas submetidas à mesma cirurgia, como o caso das PTA e prótese total do joelho (PTJ).

A comunicação eficaz tem especial destaque no momento de transferência de responsabilidade, passagem de informação e na transição dos cuidados entre os profissionais de saúde, por forma a garantir a qualidade e segurança da prática (DGS, 2022a). No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 da DGS, a comunicação constitui-se como o terceiro pilar do plano, sendo um dos objetivos estratégicos a melhorar. Nos diversos contextos de estágio foi facilmente perceptível a falta de passagem de informações entre os EEER e a restante equipa nos momentos da passagem de turno. Nestas apenas os enfermeiros generalistas falavam sobre a pessoa e o EEER pouco intervinha, denotando-se falta de comunicação e passagem de informação de uma forma eficaz e organizada. O mesmo acontecia no momento da alta das pessoas. O médico responsável elaborava a nota de alta, tal como o enfermeiro responsável pela pessoa, no entanto, não existia nota de alta de enfermagem de reabilitação, tornando-se exceção o serviço de cardiologia em que uma das EEER fazia questão de elaborar as notas de alta, principalmente quando as pessoas iriam ingressar na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) por forma a manter a continuidade de cuidados.

2.3. Competências No Domínio Da Gestão De Cuidados

As competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados relacionam-se com a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa na articulação com a equipa de saúde, adaptando a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.3.1. Gere Os Cuidados De Enfermagem, Otimizando A Resposta Da Sua Equipa E A Articulação Na Equipa De Saúde

“O enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

O enfermeiro especialista é um elemento fulcral na interação e colaboração entre a equipa multidisciplinar em todas as tomadas de decisão. A liderança é considerada um ato de poder associado a diversas responsabilidades, tais como a decisão, planeamento e delegação e conexão entre os diversos membros da equipa multidisciplinar (Balsanelli, Cunha & Whitaker, 2009; Whebe & Galvão, 2005; Siqueira, 2002; Fernandes & Soares, 2013).

Durante o estágio em contexto do doente ortopédico, foi possível acompanhar durante alguns turnos o EEER no papel de enfermeiro gestor da unidade. Houve participação na organização do material de consumo clínico e farmacêutico tal como a elaboração do pedido dos materiais em falta e organização das altas das pessoas e pedidos de transporte de ambulâncias em plataforma própria. Provido de uma comunicação efetiva com os pares e equipa multidisciplinar, pressupõe-se que o enfermeiro especialista ajuste os recursos de forma lógica e eficiente de forma a combater as necessidades, promova um ambiente de trabalho saudável e colaborativo.

2.3.2. *Adapta A Liderança E A Gestão Dos Recursos Às Situações E Ao Contexto, Visando A Garantia Da Qualidade Dos Cuidados*

“O enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

Aquando da primeira abordagem à pessoa lesada, o enfermeiro especialista, tem por base a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa/família/cuidador e providencia os recursos necessários a satisfação dessas necessidades. Esta avaliação constitui o mote inicial para a construção de um plano de intervenção individual, onde são delineadas as metas a que cada profissional se propõe atingir.

Segundo Sampaio *et al.* (2008), o processo de enfermagem associado a uma teoria de enfermagem resulta numa assistência mais efetiva, em que a pessoa é convidada a participar e ser parte integrante no planeamento dos cuidados que lhe diz respeito. As teorias não são mais do que um fenómeno que explica, descreve diagnóstica e prescreve medidas para a prática clínica, oferecendo suporte científico para a tomada de decisão (Bouso *et al.*, 2014). Todos os estágios proporcionaram a aplicação e adaptação dos conceitos e conteúdos estudados nas aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais a um contexto real de trabalho fomentando o crescimento pessoal do estudante e desenvolvimento de competências interpessoais, relacionais e sociais, contribuindo para o aumento de autoconfiança. O trabalho desenvolvido em parceria com cada tutor de estágio foi sendo contruído com o objetivo de ganho gradual de autonomia, tendo sempre por base uma relação de mútua confiança, comunicação, suporte, discussão e posterior aprovação das tomadas de decisão.

Tal como descrito anteriormente, os planos de intervenção individual são efetuados para cada pessoa de forma individualizada e estes eram o resultado de momentos de reflexão, discussão e partilha de conhecimentos. Em todos os locais de estágio a estudante foi bem acolhida, acarinhada, integrada na equipa multidisciplinar, favorecendo assim, o processo de ensino-aprendizagem e o desenvolvimento de competências tanto a nível pessoal como profissional.

2.4. Competências No Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

As competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais definidas pela OE incluem o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, pela autoconsciência e pela gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional, e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, alicerçando os seus processos de tomada de decisão e a sua atuação em conhecimento válido e atual, assumindo-se como facilitador do processo de aprendizagem e um percursor na área da investigação (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Cardim (citado por Fialho, Saragoça & Silva, 2013, p. 15) afirma que “a formação profissional tem como missão atualizar conhecimentos e aperfeiçoar as competências profissionais permitindo uma melhoria de desempenho das funções exercidas ou a exercer” e é “um processo organizado de educação graças ao qual as pessoas enriquecem os seus conhecimentos, desenvolvem as suas capacidades e melhoram as suas atitudes ou comportamentos, aumentando deste modo as suas qualificações técnicas ou profissionais”.

2.4.1. Desenvolve O Autoconhecimento E A Assertividade

“O enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

A gestão de conflitos está interligada à prestação de cuidados e pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva a sua inteligência emocional e que tenha como pilares basilares o conhecimento, capacidade, habilidade e atitudes necessárias para a gestão de

eventos emocionais (Sousa *et al.*, 2020). A inteligência emocional dos enfermeiros tem uma influência direta na forma como estes desenvolvem a sua prática clínica, sendo afetada por características individuais que tem influência a nível pessoal, profissional e no cuidar. A identificação e reconhecimento das emoções é fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz com as pessoas.

O autoconhecimento representa um dos pontos fulcrais para o fortalecimento e a atuação ética de todos os seres humanos. Enquanto enfermeiros especialistas, não seria possível alcançar uma praxis de excelência e gerir conflitos sem ter conhecimento sobre si próprio. Este aspeto permite uma prática clínica com base em valores, competências como a integridade, dedicação, responsabilidade e confiança que se traduz em consequências positivas em todas as ações realizadas.

Em todos os locais de estágio procurou-se a adoção de uma conduta assertiva e consciente nas diversas situações causadoras ou potenciais causadoras de stress e desconforto, procurando utilizar estratégias quer comunicacionais, quer emotivas e cognitivas para a resolução dos conflitos, tendo sempre em vista a melhor qualidade da prática clínica.

2.4.2. *Baseia A Sua Praxis Clínica Especializada Em Evidência Científica*

“O enfermeiro especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2018, p.11) afirma que “o objetivo da investigação científica é a busca do conhecimento, usando métodos cientificamente e eticamente robustos e com impacto para a comunidade científica e para a sociedade”.

O enfermeiro deve desenvolver a sua prática especializada com base na mais recente evidência científica, pois esta está orientada para os resultados pertinentes nos cuidados de enfermagem. Este profissional deve também ser o líder ideal para a realização de projetos de formação e investigação potencializadores da atualização constante dos conhecimentos, por forma a desenvolver competências em cada área de especialização.

A prática baseada em evidência científica também pode ser garantida pela criação de protocolos e posterior validação dos mesmos, de forma a qualificar os serviços e os profissionais contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados (Albuquerque, 2018).

A busca incessante pela consulta e partilha da literatura mais atual foi algo transversal em todos os locais de estágios, com especial destaque para o contexto do doente cardíaco. Neste serviço, procurou-se sempre o esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimento com as tutoras previamente ao contacto com as pessoas, tendo em conta as especificidades destes.

Os conteúdos adquiridos nas aulas teóricas, teórico-práticas e práticas, o constante pensamento critico-reflexivo e todas as experiências que os diversos locais de estágio permitiram, contribuíram de forma favorável para o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da enfermagem de reabilitação.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, a reabilitação enquanto especialidade *“compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”* sendo que a intervenção do EEER, ainda segundo o mesmo regulamento, *“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independências nas atividades de vida diária e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)”* (Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio, 2019, p. 13565).

As competências específicas do EEER encontram-se definidas pelo Regulamento nº 392/2019, e são as seguintes:

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

3.1. Cuida De Pessoas Com Necessidades Especiais, ao Longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais, impõe a mobilização de uma multiplicidade de conhecimentos e capacidades por parte do EEER que lhe permite, *“Identifica[r] as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão*

impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe[r], implementa[r] e avalia[r] planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio, 2019, p. 13566).

As unidades de competência desta competência específica estão organizadas tendo por base as etapas do processo de enfermagem, podendo-se estabelecer desta forma uma ligação entre as unidades de competência desta competência específica e a organização dos cuidados de enfermagem segundo esta metodologia.

Os cuidados de enfermagem em geral e os cuidados de enfermagem de reabilitação em particular estão organizados em duas dimensões: uma relacionada com a condição da pessoa, ligada à gestão de sinais e sintomas, e outra orientada para os processos adaptativos, ou seja, para a forma como a pessoa irá lidar com a sua condição, seja aguda ou crónica. Ao longo deste capítulo, iremos refletir sobre a prática clínica ao longo dos estágios tendo por base essas diferentes dimensões dos cuidados de enfermagem.

No estágio em contexto ortopédico e cardíaco, as pessoas encontravam-se maioritariamente em contexto de internamento hospitalar. O estágio em contexto respiratório permitiu ter contacto com pessoas internadas com doença respiratória em fase aguda ou agudização de doença crónica no Serviço de Pneumologia, e também pessoas em regime de ambulatório na Unidade de Reabilitação Respiratória. Este facto permitiu compreender bem a diferença entre as necessidades das pessoas institucionalizadas e das pessoas em regime de ambulatório.

Em contexto de internamento de ortopedia, houve oportunidade de prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas do foro ortopédico e ortotraumatológico com limitação funcional que permitiu avaliar os fatores facilitadores e dificultadores para a realização das AVD, especialmente andar, cuidar da higiene pessoal, transferir-se, e conceber planos de intervenção individualizados, utilizando dados recolhidos na avaliação inicial. Neste contexto o EEER é um elemento central na capacitação da pessoa/família e/ou cuidadores para aspetos fundamentais do dia a dia da pessoa submetida a cirurgia ortopédica e que apresenta uma limitação funcional, desempenhando um importante papel na capacitação para o autocuidado especialmente o andar, subir/descer escadas e as transferências. Neste contexto, torna-se importante ainda referir a adaptação da pessoa às diversas ajudas técnicas disponíveis no serviço e posterior prescrição para a domicílio. Importa referir que neste serviço ainda não existia qualquer tipo de protocolo de intervenção sobre PTA e PTJ (cirurgias mais comuns no serviço) e, por esse motivo, foi sugerida à

estudante que efetuasse uma revisão sobre protocolos de intervenção de enfermagem de reabilitação na PTA que foi entregue à enfermeira tutora.

O estágio em contexto respiratório permitiu, perceber claramente quais as diferenças entre pessoas com doença respiratória em fase aguda, pessoas com agudização de doença respiratória crónica e pessoas com doença crónica respiratória estabilizada, muitas vezes com a mesma patologia de base. Durante a permanência neste local de estágio houve oportunidade de contactar com a realidade do internamento de pneumologia, o que foi bastante enriquecedor pois pode perceber-se o contraste entre o trabalho desenvolvido pelos EEER na fase aguda da doença e numa fase mais crónica e estável. Numa fase mais aguda é fundamental o enfoque na gestão de sinais e sintomas, sendo fundamental a reeducação funcional respiratória por forma a melhorar a ventilação e promover a limpeza das vias aéreas. À medida que a situação da pessoa fosse melhorando tinha início a capacitação da pessoa/família e/ou cuidador geralmente sobre gestão do regime terapêutico focado principalmente na utilização de inaladores e gestão do regime de exercício com promoção da atividade física. Foi também possível participar numa sessão de ensino pré-operatória onde houve a oportunidade de explicar o procedimento cirúrgico, a técnica da tosse, exercícios ativos dos membros superiores e inferiores, reeducação diafragmática e a forma correta de efetuar o levante e as transferências sem o aumento significativo de dor. Na Unidade de Reabilitação Respiratória presta-se cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com doença respiratória crónica em regime de ambulatório. Estas pessoas apresentam na maior parte das vezes intolerância à atividade resultante do descondicionamento muscular periférico (Gaspar & Martins, 2018). Esta intolerância traduz-se clinicamente pela incapacidade de realizar AVD na intensidade ou duração habitualmente toleráveis (Ribeiro, 2021). Nesta unidade, os cuidados de enfermagem de reabilitação centravam-se bastante na melhoria sintomática (normalmente dispneia e cansaço), com a realização de programas de treino de exercício físico, e também na capacitação sobre autogestão do regime medicamentoso, dietético ou de exercício. Os ganhos em saúde após a aplicação destes planos de reabilitação eram evidentes com redução da dispneia em esforço e aumento da tolerância à atividade. Este indicador era revelado pela prova de marcha de 6 minutos que era realizada antes e após o programa de reabilitação pelos técnicos de cardiopneumologia do serviço.

O estágio em contexto cardíaco permitiu ter contacto com pessoas com instabilidade hemodinâmica, especialmente na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários. Neste contexto faz-se reabilitação cardíaca fase I, onde houve oportunidade de contactar com pessoas monitorizadas, perceber a sua resposta ao exercício físico e adequar a intensidade

dos cuidados de enfermagem de reabilitação (onde se inclui o exercício físico) à tolerância da pessoa. Além da intervenção em contexto de internamento, houve oportunidade de acompanhar a consulta de enfermagem de reabilitação de insuficientes cardíacos, na qual foram adquiridas competências na capacitação das pessoas para a autogestão da doença cardíaca. Esta capacitação incluía, para além de, informações sobre a doença e o tratamento farmacológico, informações sobre sinais e sintomas de alarme, controlo de fatores de risco cardiovascular e gestão dos regimes terapêutico e dietético, assim como sexualidade e atividade física. A aplicação destas intervenções de capacitação, assim como do treino aeróbio de exercício físico de baixa intensidade, com avaliação de sinais e sintomas de perceção de intolerância ao esforço, contribuíram também para desenvolver esta competência específica no contexto de cardiologia.

A avaliação das intervenções implementadas pelo EEER são fundamentais para garantir a eficácia dos programas de reabilitação. Esta avaliação poderá incluir a análise do estado de saúde da pessoa, a resposta às intervenções realizadas e a evolução no alcance dos objetivos inicialmente traçados no programa de reabilitação. O EEER ajusta o plano de reabilitação conforme necessário, com o objetivo de maximizar os benefícios do tratamento e promover a máxima recuperação da pessoa.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação realizados e as avaliações efetuadas a todas as pessoas foram realizados com recurso a várias escalas como o índice de Barthel (avaliação do grau de dependência), *Medical Research Council* (avaliação da forma muscular), escala de Guss (avaliação da disfagia), escala de Tinetti (avaliação do equilíbrio), escala de coma de Glasgow (avaliação do estado de consciência), escala de Borg modificada (avaliação da perceção subjetiva de esforço e de dispneia). Estas escalas foram introduzidas no início e no final da implementação do programa de reabilitação desenhado para cada pessoa por forma a avaliar os resultados.

3.2. Competência J2 “Capacita A Pessoa Com Deficiência, Limitação Da Atividade E/Ou Restrição Da Participação Para A Reinserção E Exercício Da Cidadania”

A capacitação das pessoas é parte integrante das competências específicas dos EEER, sendo que o *“Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva”* (Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio, 2019, p. 13567).

Esta unidade de competência sustenta principalmente a dimensão de cuidados de enfermagem de reabilitação orientada para a forma como a pessoa irá lidar com a sua condição. Nesta perspetiva o EEER tem competências e conhecimentos para capacitar a pessoa/família ou cuidador sobre técnicas promotoras do autocuidado, com vista à maximização da sua autonomia.

O treino de AVD's desempenha um papel central na promoção do autocuidado e é essencial na reintegração social e familiar da pessoa. O EEER deverá ter sempre como missão estimular a pessoa para que esta maximize a sua autonomia e o seu desenvolvimento tendo em conta a sua nova condição. Esta intervenção tem como objetivo capacitar a pessoa para que esta consiga satisfazer as suas necessidades, constituindo-se como elemento facilitador no processo de transição que a pessoa e familiares vivenciam, fornecendo suporte, informação e orientação, permitindo que assuma a responsabilidade do seu próprio autocuidado (Ribeiro, 2023).

No serviço de ortopedia a prática clínica, para além da gestão de sinais e sintomas, incidiu sobre treinos de AVD com adaptação às limitações que a cirurgia impõe, instrução e treino com diversos auxiliares de marcha (o serviço tem à disposição diversos produtos de apoio onde se incluem andarilhos fixos, andarilhos com rodas, tripés e canadianas) e a realização de ensinamentos à pessoa/família e/ou cuidador sobre os cuidados a ter no domicílio, como por exemplo os cuidados de higiene, os posicionamentos, levantar/sentar, as transferências, andar com auxiliar de marcha e sinais e sintomas de alarme. Eram entregues panfletos informativos no momento pré-cirúrgico sobre a artroplastia total da anca, artroplastia total do joelho que incluíam a explicação sobre o procedimento cirúrgico, quais os cuidados a ter

para prevenir luxações, exercícios de fortalecimento muscular para o domicílio, sexualidade e orientações gerais sobre cuidado com a ferida cirúrgica e posteriormente era feito o ensino e treino com os cuidadores durante o internamento.

Ainda no serviço de ortopedia, e tendo em conta que as pessoas eram na sua maioria idosos, foram efetuados vários ensinamentos aos familiares e pessoas sobre aspetos de adaptação do domicílio para que pudesse ser um fator facilitador aquando da alta clínica. Os ensinamentos passaram pelos benefícios da remoção dos tapetes soltos e substituí-los por tapetes antiderrapantes ou pela sua remoção completa, redistribuição dos móveis para que estes não afetassem a marcha, contribuindo para a diminuição do risco de queda. Uma outra sugestão foi a colocação de barras de apoio junto ao chuveiro, lavatório e sanita (tal como acontecia no meio hospitalar) para evitar quedas. Em caso de pessoas em que a cirurgia incluía colocação de PTA, era sugerido a colocação de alteadores de sanita ou o uso de cadeira sanita com altura suficiente para prevenir a flexão da articulação coxofemoral acima dos 90°, evitando a luxação da prótese.

O treino de marcha com diversos auxiliares de marcha (canadiana, tripé andarilho) foi outro foco de atenção no serviço de ortopedia. A capacitação para andar com auxiliar de marcha foi efetuado com a finalidade de promover a autonomia, corrigindo a postura e sempre adaptando os ensinamentos consoante a patologia. Nas pessoas submetidas a PTJ o treino de subir e descer escadas com canadianas assumia especial importância, principalmente nas pessoas com escadas no domicílio.

A promoção da acessibilidade e participação social é também competência específica do EEER realizando uma avaliação funcional das pessoas e elaborando planos de intervenção acompanhando de forma constante a resposta aos objetivos traçados inicialmente. Um exemplo da aquisição desta competência foi a intervenção junto de uma pessoa internada no serviço de ortopedia decorrente de um acidente de viação que apresentava múltiplas fraturas na bacia, pélvis e membro superior direito pelo que inicialmente não poderia fazer carga nos membros inferiores e apresentava limitação no membro superior o que condicionava a deslocação do mesmo. Foi elaborado, em conjunto com a enfermeira tutora, um plano de intervenção individual (PII) com o objetivo de promover a autonomia. O PII envolvia o ensino e treino a deslocar-se em cadeira de rodas adaptada, reforço muscular dos membros superiores, diminuição da dor do ombro esquerdo e manutenção da força e amplitude dos membros inferiores. Após 1 mês de trabalho com a pessoa, esta tornou-se capaz de se deslocar de cadeira de rodas com possibilidade de sair do quarto e satisfazer necessidades básicas como ir à casa de banho e alimentar-se de forma autónoma, sendo a diminuição da dor um fator fundamental.

Todos os contactos com as pessoas e famílias tiveram como objetivo a integração, envolvimento e motivação dos mesmos para o programa de reabilitação, proporcionando cuidados de reabilitação integrativos.

Nos contextos cardíaco e respiratório, o foco de intervenção foi maior na vertente do exercício físico e no controlo da ventilação devido ao risco de dispneia e cansaço. Neste contexto, houve oportunidade de incidir na promoção da atividade física, ensino de técnicas de gestão de energia, cessação tabágica e manutenção de estilos de vida saudável.

Ainda relativamente ao contexto respiratório, houve ainda a oportunidade de ter contacto com dispositivos de mobilização de secreções e fazer a capacitação das pessoas na promoção da limpeza eficaz das vias aéreas.

3.3. Maximiza A Funcionalidade Desenvolvendo As Capacidades Da Pessoa

Esta unidade de competência refere-se fundamentalmente ao treino de exercício físico e também à promoção da atividade física onde o EEER *“Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal”* (Regulamento nº 392/2019 de 3 de maio, 2019, p. 13567).

A intervenção do EEER consiste na interação com a pessoa/família/cuidador no sentido de desenvolver atividades que tenham em vista maximizar as capacidades funcionais das pessoas e melhor o desempenho a nível motor, cardíaco e respiratório. A intervenção envolve uma abordagem holística e centrada na pessoa, visando o desenvolvimento pessoal e a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida.

As alterações funcionais decorrentes de disfunções motora, cardíaca e respiratória e motora são multifatoriais e distintas entre si. No caso motor, normalmente estão relacionadas com a estrutura muscular por imobilidade de vária ordem, quer por sarcopenia (como acontece por exemplo em contexto de cuidados intensivos ou no processo de envelhecimento), quer por imobilidade no membro, (como por exemplo fraturas dos ossos no membro inferior que impliquem imobilidade prolongada) quer ainda por limitação da mobilidade por doença degenerativa óssea. Já no caso da disfunção cardíaca e respiratória os pressupostos são

diferentes uma vez que a maximização das funções cardíaca e respiratória incluem cada vez mais o exercício físico e a promoção da atividade física. Esta utilização do exercício físico como arma terapêutica de promoção do autocuidado em pessoas com alteração da função cardíaca e respiratória acontece fundamentalmente em regime de ambulatório estando incluído nas três fases do programa de reabilitação cardíaca (apesar da fase 1 ser intra-hospitalar) e na reabilitação respiratória em que é parte fundamental do programa a par da componente educacional.

Por definição, a reabilitação cardíaca é um processo multidisciplinar de recuperação da pessoa após um evento cardiovascular agudo ou com doença cardíaca crónica, que conduz à redução da mortalidade e morbilidade e melhoria da qualidade de vida (Abreu A. *et al.*, 2018). A fase 1 tem lugar em contexto hospital, durante o internamento e compreende mobilização precoce, exercício físico de baixa intensidade, intervenções educacionais com o objetivo de adoção de hábitos de vida saudável e controlo de fatores de risco bem como promover a adesão terapêutica (OE, 2020). Inicia-se imediatamente a pessoa estar clínica e hemodinamicamente estabilizado após um evento agudo (normalmente 24 a 48h). Muitas das intervenções são realizadas no leito, quer nos cuidados intensivos coronários quer na enfermaria, mas também utilizando os corredores e as escadas. A intensidade do exercício físico é definida pela perceção de esforço avaliada pela escala de Borg modificada não permitindo que a frequência cardíaca exceda em 20-30 batimentos por minutos a frequência cardíaca em repouso (Abreu *et al.*, 2018).

No estágio de cardiologia, houve a oportunidade de implementar cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas na fase 1 onde está incluído treino de exercício físico, exercícios de reeducação funcional respiratório numa fase inicial, evoluindo depois para a inclusão de marcha inicialmente no corredor e posteriormente inclusão de degraus. No dia de alta clínica as pessoas apenas poderiam sair do serviço após prova de marcha de 6 minutos efetuada pelo EEER.

Foi também possível prestar cuidados de enfermagem de reabilitação a uma pessoa com insuficiência cardíaca severa a aguardar transplante cardíaco em que o programa de reabilitação consistia na preparação pré-cirúrgica que incluía treino de exercício físico aeróbico (de forma intervalada) e treino de força muscular treinos intervalados pelo cansaço extremo que a pessoa dizia sentir. Foi fundamental, também neste contexto a abordagem sobre as técnicas de gestão de energia para que a pessoa alcançasse o máximo de autonomia possível.

A reabilitação respiratória integra uma componente de exercício físico e uma componente educacional, com o objetivo de maximizar a independência da pessoa melhorando a sua

condição física (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O treino de exercício é a componente dos programas de reabilitação respiratória que visam contrariar a tendência para o sedentarismo, que surge na tentativa de evitar a dispneia ao esforço que leva a descondicionamento muscular (Ordem dos Enfermeiros, 2018). É constituído por componente de treino de resistência, treino de força, treino dos músculos respiratórios e alongamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No estágio de prática em processo respiratório as pessoas com doença respiratória crónica na unidade de reabilitação respiratória realizavam treino de exercício quando lhe era prescrito o programa I que incluía, para além de reeducação funcional respiratória, exercício aeróbio e de força muscular e alongamentos musculares prévios. Também aqui, a titulação de esforço era realizada pela escala de Borg modificada, sendo avaliados também a saturação de oxigénio e a frequência cardíaca antes, durante e após o exercício físico.

Este estágio permitiu ter contacto com o programa de reabilitação respiratória e perceber a diferença entre a pessoa do foro cardíaco agudo e a pessoa do foro respiratório crónico, o que constituiu um enorme desafio especialmente pela maneira distinta como encaram o processo terapêutico. Houve também a oportunidade de promover a manutenção da atividade física inter-programa no domicílio e após a conclusão do programa.

Como referido anteriormente, o treino motor numa pessoa com alterações funcionais decorrentes de disfunções motoras tem como objetivo restaurar a funcionalidade motora que a pessoa tinha antes do evento gerador do défice. Para tal, são executados exercícios isotónicos, isométricos e de mobilização de membros superiores e inferiores e treino de força de forma a aumentar a resistência, melhorar a força, amplitude de movimentos, controlo e estabilidade postural e equilíbrio, proporcionando o ensino e treino de AVD's, capacitando, desta forma, a pessoa para o autocuidado. Tudo isto irá ter uma influência direta na redução de dependência funcional (Matos, 2018).

O domínio de programas de treino motor foi observado em estágio no serviço de ortopedia em que os EEER aplicavam um programa tendo em conta o compromisso músculo-esquelético que as pessoas apresentavam. Nas pessoas submetidas a PTA, principalmente as pessoas mais idosas, os treinos motores eram realizados por exercícios musculo-articulares passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos, treino de força muscular e treino de marcha com auxiliar de marcha, sendo estes fundamentais para o posterior retorno à vida normal.

Após conceber e implementar programas de treino motor, cardíaco e respiratório é também competência do EEER avaliar e reformular estes programas em função dos resultados esperados. Ao acompanhar de perto a evolução da pessoa durante os programas, ajustando

as intervenções sempre que necessário desenvolvi esta competência que é fundamental para o sucesso destes programas.

No estágio em contexto do doente respiratório era necessário o ajuste contínuo da intensidade do exercício bem como os períodos de pausa decorrente da situação respiratória da pessoa. A avaliação de sinais vitais, nomeadamente frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio e escala de Borg modificada eram efetuados com regularidade no decorrer da sessão de treino no sentido de adaptar mais eficazmente os programas. A opção por treino intervalado revelou-se também uma opção a utilizar nos casos de maior intolerância ao esforço. Estes programas tinham a duração total de 13 semanas para que estes ajustes fossem incorporados no programa que posteriormente a pessoa faria no domicílio.

No estágio em contexto cardíaco, as pessoas tinham monitorização hemodinâmica contínua devido à sua elevada vulnerabilidade e instabilidade hemodinâmica. Durante os treinos a interpretação do traçado eletrocardiográfico, avaliação da escala de Borg modificada e a avaliação da frequência cardíaca eram efetuados regularmente por forma a ser possível adaptar o programa sempre que necessário. Durante a estadia nesse local de estágio aconteceu um evento crítico durante uma sessão de reabilitação cardíaca fase I, durante o treino de marcha onde houve a necessidade devido a taquicardia supraventricular e alteração significativa da perceção de fadiga e dispneia de interromper o treino ao fim de 50 metros, havendo necessidade posterior de reavaliação do programa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As respostas às necessidades da pessoa e da população têm, cada vez mais, de ser diferenciadas. Isto é, com o avanço da tecnologia associado ao conhecimento, os recursos humanos sentem necessidade de investir em especialização e formação atualizada para que as resposta às necessidades da população sejam efetivamente eficazes. Uma equipa de Enfermagem constituída por elementos que investiram na sua especialização e formação atualizada, garantidamente que potencializam uma prestação de cuidados mais segura e de uma qualidade diferenciada.

Enquanto futura mestre e enfermeira especialista na área de Enfermagem de Reabilitação tornou-se essencial analisar a evolução, aprendizagens e experiências que fui tendo ao longo dos quatro estágios. As experiências vivenciadas permitiram executar os objetivos específicos definidos e auxiliaram na construção do fundamento para uma prática de enfermagem pautada pelo crescimento e obtenção de competências especializadas e pela implementação de cuidados diferenciados.

Estes quatro momentos foram pautados pelo objetivo de alcançar novos saberes, novas aprendizagens, pelo empenho, pela determinação e pela motivação. Concomitantemente com o objetivo de prestar cuidados adequados, de qualidade e em segurança, tentei sempre procurar uma referência dentro das várias equipas que me transparecesse conhecimento baseado em evidência científica.

Ao terminar este percurso há consciência que o investimento pessoal e profissional permitiu expandir conhecimentos, adquirir novas competências que permitirão tomar decisões mais seguras e centrada nas necessidades da pessoa podendo assim, futuramente, tornar-se num agente diferenciador e potencializador da mudança no contexto da prática da reabilitação e, deste modo, contribuir para a humanização dos cuidados, a melhoria contínua da qualidade e o avanço da Enfermagem de Reabilitação.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções De Reabilitação Em Pessoas Com Parésia Facial Central: Uma Scoping Review

1. RESUMO

Enquadramento: A Parésia Facial Central (PFC) decorre da lesão do nervo facial, maioritariamente decorrente de acidentes vasculares cerebrais isquémicos, manifestando-se como um comprometimento unilateral do movimento oposto ao da lesão, sendo estes défices visíveis na metade inferior da face. A parésia facial pode interferir diretamente com a qualidade de vida percecionada da pessoa lesada pois tem efeitos tanto a nível estético como funcional. Para a reversão do quadro de PFC são necessárias intervenções de reabilitação, uma vez que na maioria das vezes não reverte espontaneamente. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra uma equipa multidisciplinar e tem competências para conceber, implementar e monitorizar programas de reabilitação com vista à máxima recuperação da pessoa lesada podendo desempenhar nesta área do conhecimento um importante papel na reabilitação e aumento da qualidade de vida destas pessoas.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções autorrealizadas utilizadas nos programas de reabilitação a pessoas com parésia facial central.

Metodologia: Scoping Review seguiu a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. Foi realizada uma pesquisa informal para identificação dos termos mais recorrentes e de palavras chave. A frase booleana foi aplicada nas bases de dados CINAHL complete, MedLine complete, PEDro para pesquisar literatura sem restrição de janela temporal ou idioma e RCAAP para pesquisar literatura cinzenta em língua portuguesa. A extração de dados foi realizada através de uma tabela criada de acordo com o objetivo da revisão.

Resultados: Foram incluídos 2 estudos na revisão sendo que as intervenções de reabilitação mais frequentes são os exercícios orofaciais, a eletroestimulação, a expressão emocional ao espelho, o fortalecimento labial, a massagem facial e a estimulação passiva, ativa e combinada. Muitas destas são passíveis de serem autorrealizadas. Não foi encontrada homogeneidade relativamente à duração dos programas, periodicidade e duração das sessões. Todas estas intervenções realizadas de forma complementar apresentaram bons resultados. Não foram encontradas quaisquer *guidelines* de atuação na reabilitação da PFC.

Conclusão: A PFC é uma complicação pouco estudada sendo, por isso, necessário a realização de mais investigação nesta área.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, Apoplexia, Parésia facial central, Reabilitação, Enfermagem de Reabilitação

2. ABSTRACT

Introduction: Central facial paresis (PFC) results from injury to the facial nerve (VII cranial nerve), mainly due to ischemic strokes, manifesting as a unilateral impairment of the movement opposite to that of the lesion, with these deficits being visible in the lower half of the face. Facial paresis can and does directly interfere with the perceived quality of life of the injured person as it has effects on both aesthetics and functionalities. To reverse the condition of PFC, rehabilitation interventions are necessary, since most of the time it does not reverse spontaneously. The specialist nurse in rehabilitation nursing is part of a multidisciplinary team and has the skills to design, implement and monitor rehabilitation programs with a view to the maximum recovery of the injured person, and can play an important role in this area of knowledge in the rehabilitation and increase of the quality of life of these people.

Objective: Map the available scientific evidence on self-performed interventions used in rehabilitation programs for people with central facial paresis.

Methodology: Scoping Review followed the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. An informal search was conducted to identify the most recurrent terms and keywords. The Boolean phrase was applied to the CINAHL complete, MedLine complete, PEDro databases to search for literature without time window or language restrictions, and RCAAP to search for gray literature in Portuguese. Data extraction was performed using a table created according to the objective of the review.

Results: Two studies were included in the review, with rehabilitation interventions most frequent are orofacial exercises, electrical stimulation, emotional expression mirror, lip strengthening, facial massage and passive, active and combined. Many of these are capable of being self-fulfilled. No homogeneity was found regarding the duration of the programs, frequency and duration of the sessions. All these interventions carried out in a complementary manner showed good results. No guideline for action in the rehabilitation of PFC was found.

Conclusion: PFC is a complication that has been little studied compared to PFC and, therefore, more research is needed in this area.

Key-words: Stroke; Apoplexy, Central Facial Paralysis; Rehabilitation, Rehabilitation Nursing

3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O AVC representa uma das principais causas de mortalidade em Portugal e é a segunda causa de morte e incapacidade no mundo (OMS, 2024). O AVC pode ter um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa lesada, uma vez que, muitas vezes, acarreta estados de dependência, incapacidade e invalidez que poderão ser temporários ou permanentes (DGS, 2017).

Atualmente existe um Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030 que surgiu da colaboração de 70 especialistas, que avaliaram todos os aspetos da cadeia de cuidados na pessoa com AVC. Estes especialistas estudaram as evidências para a melhor prática clínica e, tendo por base a prestação de cuidados na pessoa com AVC na atualidade, delinearam os objetivos principais que todos os países europeus e sistemas de saúde deveriam tentar cumprir até 2030, sendo eles a prevenção primária, organização de cuidados no AVC, os cuidados agudos no AVC, a prevenção secundária, a reabilitação, a avaliação de resultados e vida pós-AVC (Stroke Alliance for Europe, 2018).

As consequências do AVC como o aumento da dependência e a perda de funcionalidade estão diretamente ligados à alteração no equilíbrio da pessoa e na relação desta com o meio envolvente que poderão originar alterações significativas no seu projeto de vida, tendo em conta que irá impossibilitar o cumprimento de certos objetivos e planos de vida pessoais, profissionais e familiares. As atividades de vida diárias (AVD's) são parte integrante da pessoa, pois são estas que permitem a satisfação de necessidades humanas básicas (Pimenta *et al.*, 2019). Em contexto de reabilitação, as AVD's constituem-se como um conjunto de atividades e tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. A avaliação do autocuidado é frequentemente feita tendo por base as AVD's. A afetação nas AVD's está diretamente relacionada com uma perceção negativa na qualidade de vida das pessoas.

A parésia facial central (PFC) ocorre maioritariamente após AVC e decorre da parésia do nervo facial (VII) originando alteração da função muscular unilateral da metade inferior da face contralateral à lesão (Konecny *et al.*, 2014). Normalmente apresenta-se com assimetria facial, perda de saliva pela comissura labial do lado afetado, sorriso assimétrico, incapacidade muscular para a mímica facial, disartria e, por vezes, disfagia sem comprometer a metade superior da face (Konecny *et al.*, 2014; Haesendonck *et al.*, 2022).

A PFC tem um impacto negativo na qualidade de vida e no bem-estar emocional da pessoa uma vez que afeta a comunicação verbal e não verbal o que poderá resultar em isolamento social (Tavares-Brito *et al.*, 2019). Num estudo conduzido por Chang *et al.* (2016) concluiu-se que a PFC surge associada a pior qualidade de vida e maior taxa de depressão comparativamente com a disartria. Este facto poderá estar relacionado com o facto de a expressão facial refletir o estado psicológico de cada pessoa e pessoas com PFC poderão não conseguir demonstrar da forma pretendida. No estudo de Nellis *et al.* (2017) foi possível verificar que o sexo feminino está mais suscetível à depressão e que quanto maior a gravidade da parésia facial mais sujeitas estão a estados de maior labilidade emocional. Foi ainda possível constatar que as pessoas com PFC sentem-se mais deprimidos e menos atrativos quando comparados com pessoas sem parésia facial.

O diagnóstico precoce e o respetivo tratamento é fundamental, assim como o programa de reabilitação a nível da reinserção social e familiar, recuperação funcional, psicossocial e cognitiva, melhoria na qualidade de vida, diminuição do grau de dependência e manutenção da atividade profissional.

A neuroplasticidade pode ser definida como o modo que o sistema nervoso consegue modificar a sua função em resposta à lesão ou ao treino. Diversos estudos abordam a recuperação espontânea possível, embora pouco provável, nos primeiros três a nove meses após a instalação da parésia facial. Segundo Schimmel (2017) é pouco provável que a PFC reverta espontaneamente sem a introdução de exercícios de reabilitação. No estudo conduzido por Volk *et al.* (2019) é possível verificar que uma elevada percentagem de pessoas (60%) mantém a PFC após alta hospitalar. Tendo em conta que a PFC não é uma condição que tenha uma resolução espontânea, torna-se essencial perceber e sistematizar as intervenções de reabilitação a serem utilizadas na resolução/minimização desta condição. A reeducação neuromuscular parece ser a primeira intervenção a ser efetuada nos casos de PFC. Esta tem como principal objetivo promover a simetria facial e a expressão que terá repercussões diretas ao nível da alimentação e comunicação. A terapia da mimica facial, integrada na reeducação neuromuscular, consiste numa conexão entre o uso de certos músculos e a expressão emocional facial, de forma consciente. O plano de intervenção deverá envolver exercícios de relaxamento muscular como a massagem intraoral e exercícios de alongamento passivos.

Atualmente, parece existir uma lacuna de conhecimento acerca da PFC comparativamente à parésia facial periférica ou parésia de Bell que são amplamente estudadas. A existência de programas de reabilitação de PFC é escassa e há pouca informação sobre a eficácia das intervenções realizadas ou a sistematização das mesmas. De momento, existem poucos

artigos publicados sobre as intervenções utilizadas na PFC de forma a que os profissionais que se confrontam com este transtorno tenham conhecimento sobre a forma mais eficaz de abordar, planear e implementar programas de reabilitação. Este facto tem uma importância significativa para a uniformização dos cuidados prestados contribuindo desta forma para o aumento da qualidade de vida (Fabricius *et al.*, 2021; Ishii *et al.*, 2018).

A capacitação da pessoa com PFC vai muito para além da imitação de comportamentos ou práticas que o EEER poderá instruir e treinar com a pessoa. Capacitar “(...) *é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação. (...) Exercer a capacitação é assim um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material.*” (Reis & Bule, 2017, p. 57). O conhecimento, refere-se a saberes construídos através de valores individuais que se vão modificando ao longo da vida, sendo estes influenciados por fatores religiosos, culturais e sociais. Esta construção do conhecimento vai influenciar a decisão e ação da pessoa (Reis & Bule, 2017). Assim sendo, a capacitação “(...) *traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras.*” (Reis & Bule, 2017, p. 57).

O ato de capacitar implica empoderar a pessoa por forma a que esta seja capaz de adquirir novos conhecimentos e desenvolver capacidades pessoais e sociais. A aquisição de conhecimentos e a capacitação da pessoa para uma escolha ativa na decisão e ação e a capacidade crítica estão intimamente ligadas à capacitação da pessoa lesada (Sousa *et al.*, 2020). Na área da enfermagem de reabilitação, a capacitação diz respeito ao processo de capacitar a pessoa de forma a que esta atinja todo o seu potencial e se torne o mais autónomo e independente possível nas AVD's (Sousa *et al.*, 2020). Pode incluir aspetos sociais, físicos e cognitivos. A capacitação engloba a identificação dos pontos fortes e limitações da pessoa, de forma a estabelecer metas de melhoria, fornecendo recursos e suporte para a auxiliar a atingir os objetivos traçados inicialmente (Zimmerman *et al.*, 2018). Pode englobar a educação e treino para que a pessoa seja capaz de desenvolver conhecimentos para gerir a sua limitação e ter capacidade para participar nas atividades de reabilitação (Zimmerman *et al.*, 2018). No seu estudo, Zimmerman *et al.* (2018), demonstrou que uma abordagem dos EEER tendo por base a capacitação da pessoa em assumir um papel ativo no seu próprio processo de reabilitação, teve impacto positivo na qualidade de vida e melhoria da função das pessoas após AVC. Este estudo veio reforçar o papel preponderante que os EEER assumem no empoderamento e capacitação da pessoa para a realização de exercícios autorrealizáveis com impacto significativo em pessoas com PFC.

Como foi referido anteriormente neste relatório os cuidados de enfermagem apresentam duas dimensões: uma dimensão diretamente ligada à gestão de sinais e sintomas e outra

relacionada com os processos de transição da pessoa. Neste sentido, o grande desafio para os enfermeiros, e neste caso particular para os EEER, passa por compreender os processos de transição, de forma a que possam desenvolver intervenções que ajudem as pessoas a recuperar o seu bem estar e a sua estabilidade, capacitando-as (Meleis, 2011), neste caso para efetuar exercícios autorrealizados englobando o ensino, a instrução e o treino (Sousa, 2016).

Importa, nesta altura definir transição enquanto conceito enquadrando-a na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

As transições podem ser entendidas como o conjunto de respostas humanas, ao longo do tempo, condicionadas por condições pessoais, sociais e ambientais, expectativas e perceções, significados atribuídos a experiências, conhecimentos e capacidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações na perceção da saúde (Meleis *et al.*, 2000). Para uma transição saudável, cada pessoa necessita incorporar novos conhecimentos, adquirir novas capacidades, ajustar comportamentos, redefinir os significados atribuídos aos eventos e, conseqüentemente, ajustar a definição de si mesmo no contexto social (Meleis *et al.*, 2000).

A Enfermagem, enquanto disciplina, toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida (Chick & Meleis, 1986). Na sua prática clínica, os enfermeiros avaliam, diagnosticam e lidam e/ou ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e de bem-estar. De acordo com a Teoria de Médio Alcance das Transições (Meleis *et al.*, 2000), as transições são explicadas através de três conceitos centrais: a natureza, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta (Figura 1).

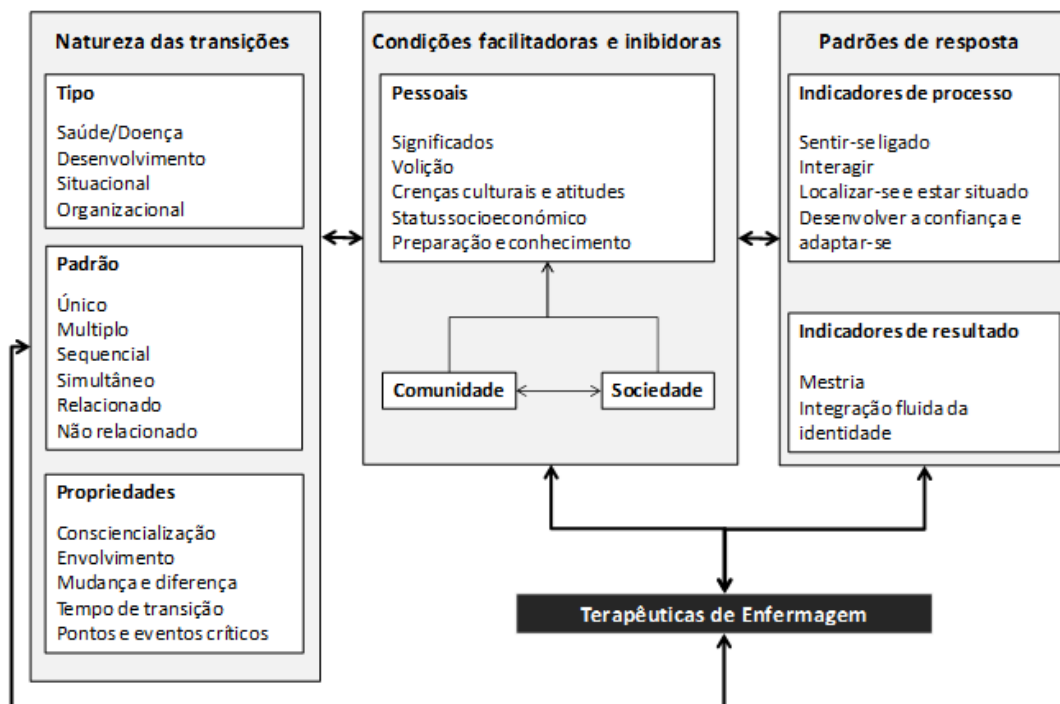


Figura 1 – Teoria das transições de Afaf Meleis (Adaptado de Meleis *et al.*, 2000)

Neste sentido, iremos abordar cada conceito separadamente.

Natureza

A Teoria das Transições (Meleis *et al.*, 2000) define a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), as condições da transição (facilitadoras e inibidoras), os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) e as terapêuticas de enfermagem. Todos estes conceitos articulam-se e relacionam entre si, na estrutura conceptual que compõem a Teoria das Transições (Meleis *et al.*, 2000).

Os **tipos de transições** incluem as transições de saúde-doença (quando existe uma alteração da condição de saúde, por acidente ou por doença), as transições de desenvolvimento (relacionadas por exemplo com a passagem da infância para a adolescência ou o processo de envelhecimento), as transições situacionais (quando existem mudanças e redefinição dos papéis, por exemplo, quando se assume o papel de membro da família prestador de cuidados) e as organizacionais (precipitadas por alterações no ambiente, social, político ou económico ou por mudanças na estrutura ou dinâmicas das organizações). No caso particular de pessoas com parésia facial poderemos enquadrá-la numa transição do tipo saúde-doença, sendo neste caso precipitada por um evento ou “*ponto de viragem*”, como por exemplo um acidente vascular cerebral (Schumacher *et al.*, 1999).

Cada pessoa pode estar a viver mais do que um tipo de transição, simultaneamente ou sequencialmente. Os autores destacam a existência de **padrões de transição**, simples ou múltiplos, sequenciais ou simultâneos e a importância da análise da natureza das relações entre os diferentes eventos que despoletam a transição. Os indivíduos podem estar a vivenciar diversas situações de vulnerabilidade que conduzem a transições. A natureza das transições é, além do tipo e do padrão, pautada pelas **propriedades das transições**. A consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo da transição e os pontos e eventos críticos são as propriedades das transições. A consciencialização assume extrema importância na teoria, pois despoleta o processo de transição (Meleis *et al.*, 2000). Está relacionada com a perceção, conhecimento e o reconhecimento da transição. Reflete-se no modo como cada pessoa responde ao que está a acontecer e no que sente e sabe sobre o que lhe está a acontecer. Não existe transição sem um processo de consciencialização prévio. Ao tomar consciência das mudanças que se estão a operar o indivíduo apercebe-se que a vida poderá não ser a mesma. O nível de consciencialização irá refletir-se na congruência entre o conhecimento que tem sobre o processo de transição e as respostas que dará ao mesmo. No caso de pessoas com parésia facial central este processo de consciencialização pode ser desencadeado quando perceber a natureza dos *deficits* e entender que terá de efetuar exercícios autorrealizados fora do contexto de saúde por forma a participar ativamente no processo de reabilitação. O envolvimento é influenciado pelo nível de consciencialização, e traduz-se por exemplo na procura de informação e numa participação mais ativa no processo.

A mudança e as diferenças são propriedades essenciais da transição. Afinal, transições são *“um resultado de”* e *“resultam em”* mudanças na vida. Assim, no sentido de entender a transição, é necessário identificar quais os significados e efeitos que as mudanças representam em dimensões como a natureza, o tempo, a importância percebida, a severidade e normas e expectativas pessoais, familiares e sociais.

O tempo de transição é uma propriedade indispensável na Teoria das Transições. A transição traz à vida da pessoa que a vivencia mudanças que podem ocorrer nas rotinas diárias, nas perceções, no desempenho de papéis e na identidade, levando a pessoa a ver-se ou sentir-se diferente. O processo de adaptação à nova vida exige um tempo, que decorre entre a rutura com o que era habitual e rotineiro e o ajuste à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio (Meleis, 2011).

As transições podem ter origem em eventos facilmente identificáveis, como o nascimento ou a morte ou podem ocorrer sem que os eventos sejam tão evidentes. No caso de pessoas com parésia facial esta pode surgir de forma súbita, sendo o evento identificável como um

acidente vascular cerebral. Ao existir uma rutura clara como na instalação abrupta da parésia facial, o indivíduo confronta-se claramente com a nova realidade.

Existem também pontos e eventos críticos, muitas vezes, associados a uma maior consciencialização da mudança relacionados com o envolvimento mais ativo na transição (Meleis *et al.*, 2000). A consciencialização do que mudou e do que vai mudar é diferente se o destino após a alta hospitalar for para uma unidade de reabilitação ou para o domicílio, sendo que os enfermeiros devem deter conhecimento e experiência sobre os pontos críticos da transição pela vulnerabilidade e exposição aos riscos que os mesmos trazem aos indivíduos em transição Brito (2016).

Condições facilitadoras e inibidoras

Tanto as condições pessoais do indivíduo, como as condições da comunidade e da sociedade podem facilitar ou inibir a transição.

No que diz respeito às condições pessoais revestem-se de particular importância os significados, as crenças e as atitudes, o *status* socioeconómico e o nível de preparação e conhecimento dos indivíduos, enquanto influenciadores de transições saudáveis.

Os **significados** que os indivíduos atribuem aos eventos e ao processo de transição podem ser positivos, neutros ou negativos e assim facilitar ou dificultar, respetivamente, as transições. O indivíduo que atribui um significado negativo aos exercícios autorrealizados poderá ser mais resistente ao desenvolvimento de competências para a sua realização, não obstante, os significados podem-se ir alterando ao longo da transição.

As **crenças culturais e as atitudes do indivíduo** são, também, condicionadoras da transição. De acordo com a atitude apresentada, o indivíduo pode demonstrar menor ou maior envolvimento, o que por sua vez, no caso de pessoas com parésia facial, conduz a uma menor ou maior desenvolvimento de capacidade para a realização de exercícios de reabilitação autorrealizados.

O **status socioeconómico**, mais especificamente, o baixo *status* socioeconómico é tido como inibidor de transições saudáveis (Meleis *et al.*, 2000). Esta condição é entendível na medida em que pode, por exemplo, condicionar o acesso a recursos de saúde.

A **preparação e o conhecimento** do indivíduo relativamente ao que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças. A preparação antecipatória facilita o processo, já a falta de preparação inibe-o. Neste sentido, a preparação do regresso a casa da pessoa com parésia facial, iniciada na admissão de internamento

hospitalar, é tida como uma área central da atuação dos enfermeiros, sendo que no momento da alta é frequente a insuficiente capacitação das pessoas. (Petronilho, 2013).

As condições da comunidade e da sociedade são tidas também como influenciadoras das transições. Quanto mais bem organizados, preparados e acessíveis estiverem os recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição saudável. Do mesmo modo, as ideias vigentes e o estadio de desenvolvimento da sociedade (por exemplo, leis e regulamentos, organização dos serviços de saúde, estigmas, os estereótipos, a desigualdade de género e a marginalização, etc.) têm, inevitavelmente, impacto na transição (Cardoso & Brito, 2024).

Padrões de resposta

As pessoas em transição apresentam respostas semelhantes ao longo da transição sendo, por isso, possível falar em padrões de resposta. Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores capazes de traduzir, entre outros, o nível de conhecimentos e o nível de desempenho para fazer face às novas situações, ao longo da transição (indicadores de processo) e de final da transição (indicadores de resultado) (Cardoso & Brito, 2024).

A identificação atempada dos indicadores de processo possibilita intervir no sentido de promover/facilitar o processo de transição. Estes indicadores, caracterizam o modo como a transição se está a desenrolar, considerando indicadores como: o sentir-se ligado, o interagir, localizar-se e estar situado, desenvolver confiança e adaptar-se. Os indicadores de resultado, por seu turno, indicam os resultados em função do esperado (Cardoso & Brito, 2024). A mestria e “*sentir-se bem na sua nova pele*” apontam para indicadores esperados numa fase final da transição (Meleis *et al.*, 2000). A transição saudável é caracterizada, então, pela existência de mestria nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade, e substituição do stresse inicial e incerteza pela sensação de bem-estar (Meleis *et al.*, 2000).

No sentido de promover uma transição saudável, os enfermeiros garantem aos seus clientes terapêuticas de enfermagem idealmente suportadas em conhecimento próprio da disciplina (Cardoso & Brito, 2024). Meleis e colaboradoras (2000) definiram as terapêuticas de enfermagem como todas as ações intencionalmente implementadas, englobando o conteúdo, a forma da intervenção, bem como os objetivos (intencionalidade) dos cuidados. A utilização da teoria das transições coloca em destaque os focos de atenção: conhecimento; capacidade; autoeficácia; consciencialização; significado; e, acesso a recursos, enquanto

conceitos-chave para a compreensão da transição que a pessoa experiêcia e que pode melhorar para evoluir para mestria.

O conhecimento é fundamental no empoderamento da pessoa para a tomada de decisão tendo em vista, por um lado, a maximização da autonomia, e por outro, a aprendizagem de capacidades que irá tornar a pessoa mais independente na realização das tarefas (Sousa *et al.*, 2020). A aprendizagem de capacidades pressupõe passar para a prática tudo o que foi adquirido na fase de empoderamento e tomada de decisão (Sousa *et al.*, 2020). Desta forma, a pessoa vai tornar-se mais independente na execução das tarefas, contribuindo para uma transição saudável, evoluindo para a mestria na execução das atividades e pela integração de uma nova identidade.

O conhecimento pode ser definido como um *“Conteúdo específico de pensamento, fundamentado em sabedoria adquirida, ou em informação ou habilidades aprendidas, cognição e reconhecimento da informação”* (International Council of Nurses, 2019). O acesso à informação pode influenciar de forma significativa a adoção de comportamentos de adesão e adaptação à nova realidade (Teixeira, 2004).

Os enfermeiros, em especial os EEER, promovem o conhecimento da pessoa e procuram responder às suas enquanto confrontada com a parésia facial e todas as alterações que daí advém. Os enfermeiros *“não propõem apenas informações, oferecem novas perspetivas ao doente, graças ao saber que decorre de uma boa prática de cuidados de enfermagem”* (Benner, 2001). Todo este processo de aquisição de conhecimentos e capacidades permite à pessoa assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde (Theuekauf, 2000), nomeadamente a execução dos exercícios propostos pelo EEER por forma a minimizar a PFC. Perante a parésia facial, a pessoa terá de deter determinadas competências, que lhe vão permitir lidar melhor no dia a dia com as consequências e limitações que a PFC lhe poderá causar e ser capaz de realizar os exercícios propostos de forma a garantir o melhor resultado possível. Muitas pessoas são capazes de integrar a PFC na sua vida de forma razoável, ajustando-se à sua nova condição. Desta forma, torna-se fundamental que a pessoa lesada detenha o conhecimento correto sobre a sua nova condição e como poderá atuar de forma a minimizar as consequências que dela advém (Sarafino, 2002).

O EEER é detentor de competências para a promoção e facilitação da adaptação da pessoa à sua nova realidade, direcionando as suas intervenções de forma a potenciar e maximizar a independência da pessoa na satisfação das suas AVD's e necessidades básicas, assumindo assim um papel fundamental e facilitador no processo de transição. Identifica problemas e/ou necessidades e intervém de forma a recuperar e/ou reeducar as funções motoras, sensoriais, cognitivas, a nível cardiorrespiratório e da sexualidade (Regulamento nº392/2019

de 3 maio, 2019). Neste sentido tem competência para desenvolver e implementar planos de intervenção de reabilitação que visem a recuperação e/ou minimização da PFC de forma a prevenir as complicações que dela advém, intervindo de forma positiva na qualidade de vida da pessoa lesada.

Um estudo publicado no *Journal of Rehabilitation Medicine* (Magnusdottir, 2020), provou que um programa de reabilitação centrado na capacitação da pessoa tem resultados funcionais significativamente melhores em comparação aos programas de reabilitação tradicionais que enfatizam principalmente os défices decorrentes do AVC, colocando de parte a capacitação.

A evidência encontrada sobre a temática em estudo, é escassa, pelo que se revela necessário mapear a evidência científica identificando as intervenções que podem ser realizadas pelos EEER na capacitação da pessoa com PFC.

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

A finalidade deste trabalho de investigação é contribuir para a uniformização e sistematização dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com parésia facial central, ajudando a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

O objetivo deste estudo é mapear a evidência científica sobre as intervenções autorrealizadas utilizadas nos programas de reabilitação a pessoas com parésia facial central.

5. METODOLOGIA

Num trabalho de investigação torna-se fundamental definir o caminho metodológico a percorrer. Neste capítulo iremos referir-nos à questão de investigação, à estratégia de pesquisa utilizada, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados, a maneira como foi realizada a pesquisa nas bases de dados e a extração e a análise dos dados.

5.1. Desenho Do Estudo

O tipo de estudo apresentado é uma revisão, tipo *scoping review*, seguindo a metodologia *Joanna Briggs Institute para scoping review* tendo por base as diretrizes do modelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Este tipo de síntese do conhecimento deve ser rigoroso, transparente e confiável, fornecendo uma visão geral ou um mapa das evidências (Peters *et al.*, 2021).

Este método de síntese de conhecimento tem como objetivo mapear a literatura existente sobre o tema em análise, resumir e divulgar os resultados da investigação bem como identificando possíveis lacunas no conhecimento científico. É amplamente utilizado para sintetizar evidências em saúde que requerem descrição de aspetos abrangentes (Munn *et al.*, 2018).

Após uma pesquisa informal nas bases de dados PubMed (via MedLine Complete) para levantamento dos termos mais recorrentes e identificação de palavras-chave, foi construída a questão de investigação através da estratégia PCC:

- **População:** pessoas maiores de 18 anos com parésia facial central.
- **Conceito:** intervenções de reabilitação autorrealizadas direcionadas para pessoas com paresia facial central.
- **Contexto:** todos os contextos clínicos (Hospital, Instituições de Cuidados de Saúde Primários ou domicílio).

Da mnemónica PCC resultou a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções autorrealizadas utilizadas na reabilitação da parésia facial central?”.

5.1.1. Critérios De Inclusão E Exclusão

Esta revisão incluiu estudos primários ou secundários de metodologia quantitativa, qualitativa ou mista, revisões da literatura, especialmente revisões sistemáticas ou integrativas, sem restrição de idioma ou janela temporal. Contemplou-se também a literatura cinzenta, em língua portuguesa.

Foram excluídos resumos de conferências e pósteres, devido ao seu grau de simplicidade.

5.1.2. Estratégia De Pesquisa

A estratégia de pesquisa tem como finalidade a localização de estudos publicados e não publicados.

Foi definida a seguinte estratégia de pesquisa:

1. Pesquisa primária sobre o tema nas bases de dados MEDLINE e CINAHL Complete (via EBSCOhost) para listar as palavras mais utilizadas nos títulos e nos resumos dos artigos escritos sobre o tema em análise, bem como os termos de indexação;
2. Pesquisa nas bases de dados selecionadas com recurso da combinação de vários termos MeSH e linguagem natural tendo-se definido a seguinte frase booleana:

2.1 PubMed

	Termos de pesquisa	Resultado
#1	("adult"[MeSH Terms] OR "adult*"[Title/Abstract])	9,021,382
#2	("rehabilitation"[MeSH Terms] OR "rehabilitation nursing"[MeSH Terms] OR "neurological rehabilitation"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[Title/Abstract] OR "rehabilitation nursing"[Title/Abstract] OR "neurological rehabilitation"[Title/Abstract])	533,090
#3	("Facial Paralysis"[MeSH Terms] OR "Hemifacial Paralysis"[Title/Abstract] OR "Facial Palsy"[Title/Abstract] OR "Facial Paralysis"[Title/Abstract] OR "Central Facial Paralysis"[Title/Abstract])	18,736

	OR "facial pals*" [Title/Abstract] OR "Facial Paralyzes" [Title/Abstract] OR "Facial Paralysis" [Title/Abstract] OR "Facial Paresis" [Title/Abstract] OR "Hemifacial Paralysis" [Title/Abstract])	
#4	#1 AND #2 AND #3	435

Tabela 1: Estratégia de pesquisa efetuada na PubMed

2.2 CINAHL Complete

	Termos de pesquisa	Resultado
S1	AB ((MH "Adult") OR "Adult*")	1,533,612
S2	AB ((MH "Rehabilitation") OR (MH "Rehabilitation Nurses") OR "rehabilitation nursing" OR "neurological rehabilitation")	20,823
S3	AB ((MH "Facial Paralysis") OR "Hemifacial Paralysis" OR "Facial Palsy" OR "Facial Paralysis" OR "Central Facial Paralysis" OR "facial pals*" OR "Facial Paralyzes" OR "Facial Paralysis" OR "Facial Paresis" OR "Hemifacial Paralysis")	2,549
S4	S1 AND S2 AND S3	5

Tabela 2: Estratégia de pesquisa efetuada na CINAHL Complete

2.3 PEDro

Abstract & Title: "Facial Paralysis"

Therapy: neurodevelopmental therapy, neurofacilitation

Body Part: head or neck

Subdiscipline: neurology

Results: **3**

3. Pesquisa nas fontes de literatura cinzenta

4. Análise da lista de referências bibliográficas de todos os estudos selecionados será verificada com o objetivo de verificar a existência de estudos adicionais aos encontrados.

A pesquisa foi efetuada no dia 29 de outubro de 2024 nas bases de dados CINHALL Complete (via EBSCO), PubMed (via MedLine Complete). A pesquisa na base de dados PEDRo foi realizada através do termo “*facial paralysis*”. Como fontes da literatura cinzenta foi utilizada a RCAAP. Foram apenas incluídos artigos em língua inglesa e portuguesa.

5.1.3. Seleção Dos Estudos

Após a pesquisa, todos os artigos foram integrados no software *Rayyan*[®] – *Intelligent Systematic Review* para análise e remoção de duplicados.

A seleção dos estudos foi feita por dois revisores independentes. Não existiu desacordo entre os dois revisores (Peters *et al.*, 2020).

5.2. Considerações Éticas

Esta revisão utiliza como dados, documentos de acesso livre ao público, não tendo sido considerados critérios que impliquem a aprovação por uma comissão de ética. Ao longo deste estudo foram respeitados os princípios éticos de integridade e equidade, preservando-se a exatidão, objetividade e rigor da pesquisa, sem modificações nas informações ou na apresentação dos dados.

6. RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados incluiu 443 artigos. Após a remoção de duplicados, iniciou-se a seleção de artigos tendo por base a análise de título e resumo. Desta análise, restaram para leitura integral 13 artigos. Decorrente da leitura integral, foram excluídos 11 artigos, sendo incluídos na revisão dois artigos.

O processo de seleção encontra-se sistematizado através do diagrama PRISMA ScR (figura 2)

Os dados extraídos dos artigos selecionados encontram-se apresentados na tabela 3.

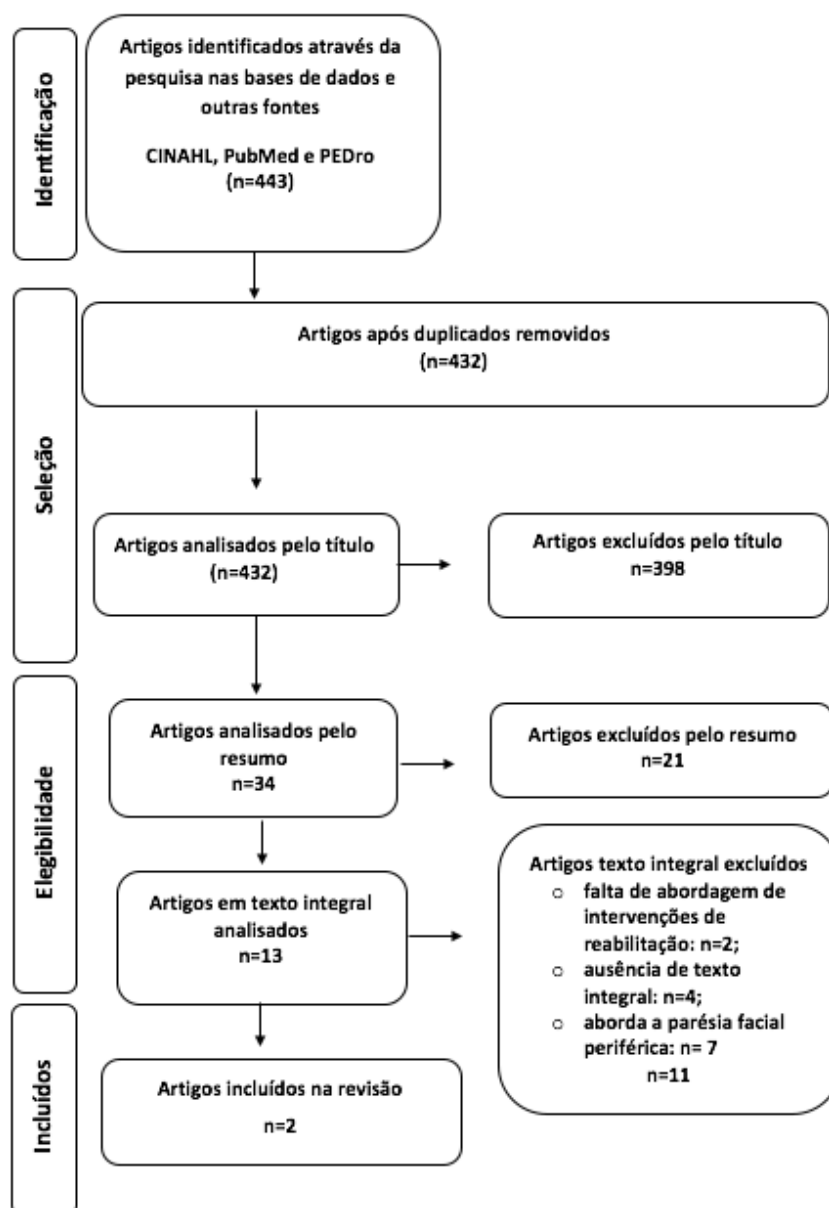


Figura 2 – Fluxograma PRISMA ScR do processo de seleção dos artigos

Esta revisão incluiu dois artigos, uma revisão sistemática da literatura realizado na Austrália e um estudo de série de casos realizado em Portugal.

Para análise dos artigos foi elaborada uma tabela de extração de dados (tabela 3), realçando as intervenções de reabilitação que respondem à questão de investigação e ao objetivo desta *scoping review*.

Autor	Tipo de estudo	Intervenções de reabilitação	Resultados	Conclusão
Vaughan <i>et al.</i> (2020)	Revisão sistemática da literatura	Exercícios orofaciais; Eletroneuroestimulação; Expressão emocional ao espelho; Fortalecimento labial; Massagem facial; Acupuntura; Estimulação passiva e ativa combinada.	Os exercícios apresentados efetuados de forma complementar traduzem maiores ganhos em saúde na pessoa com reabilitação da parésia facial central, nomeadamente na disartria, perda de saliva pela comissura labial e assimetria da face contribuindo para melhor perceção de qualidade de vida.	A reabilitação da parésia facial central é um tema pouco estudado, no entanto, é possível verificar melhorias da parésia facial central após programa de reabilitação envolvendo diversas tipologias de exercícios. Os autores ressaltam que conclusões sobre a eficácia das intervenções não podem ser tiradas com base nestes estudos, tendo em conta a insuficiência da evidência existente que apoiasse a reabilitação física da PFC.

Pimenta et al. (2019)	Estudo de serie de casos de natureza descritiva	Aplicação de calor húmido; Massagem endobucal e dos músculos da face; Exercícios faciais com recurso a espelho;	O plano de reabilitação que foi instituído apresentou ganhos na expressão facial, comprovados na mimica facial e na redução de perda de saliva pela comissura labial.	O treino de mimica facial contribuiu para a diminuição de problemas consequentes da PFC como a disartria, assimetria facial, disfagia e alteração da imagem corporal. Os autores ressaltam ainda o número reduzido de participantes (3) e o tempo reduzido de intervenção, no entanto, constataram que o plano de intervenção foi essencial para a reeducação da mimica e os ganhos serão tanto melhores quanto mais precocemente o plano for iniciado.
-----------------------	---	---	---	---

Tabela 3: Síntese de resultados

Artigo 1

Na revisão de Vaughn *et al.* (2020), foram incluídos 13 artigos, destes 4 são ensaios clínicos randomizados, 2 estudos randomizados não controlados, 1 estudo de cohort e 6 estudos multicaseos.

Após analisarem os artigos incluídos na revisão, os autores identificaram três categorias de intervenções de reabilitação:

- A. terapia ativa;
- B. terapia passiva;

C. terapia combinada.

A. Terapia ativa

As intervenções de reabilitação incluídas na categoria terapia ativa incluía exercícios de reforço muscular labial, treino de resistência dos músculos da face, exercícios orofaciais e terapia com recurso a espelho, sendo que todos estes exercícios são passíveis de serem autorrealizados pela pessoa.

Verificou-se que a intensidade do treino variava de acordo com o tipo de exercício realizado:

- reforço da musculatura labial: 5 a 10 segundos, 3 vezes ao dia durante, pelo menos, 5 semanas;
- treino de resistência dos músculos da face e terapia de mimica facial com recurso a espelho: 30 minutos diários durante 2-4 semanas;
- exercícios orofaciais: 15 minutos, 2 vezes ao dia, durante 14 dias.

Esta categoria apresentou resultados relevantes relativamente ao aumento de tónus muscular, melhor capacidade de deglutição, maior capacidade de utilização de linguagem não verbal e expressão de emoções, e correção da assimetria da face que estava diretamente relacionado com uma perceção de melhor qualidade de vida. Foi também possível comprovar melhores resultados nos grupos que utilizam o espelho como estratégia de *biofeedback* comparativamente ao grupo que não utilizava o espelho durante o programa de reabilitação.

B. Terapia passiva

Nesta categoria as sessões de reabilitação eram efetuadas com cerca de 30 a 60 minutos, durante cerca de 4 semanas. As intervenções incluíam massagem de relaxamento dos músculos da face, eletroestimulação e acupuntura. Do conjunto destas intervenções, a massagem de relaxamento dos músculos da face é passível de se constituir num exercício autorrealizado. Os principais achados neste grupo foram uma ligeira melhoria na motricidade orofacial relacionado com a acupuntura.

C. Terapia combinada

Na terapia combinada, as intervenções resultavam da combinação das duas categorias anteriores. Os programas tinham uma duração de cerca de 5 semanas que poderia aumentar até aos 3 meses, com uma frequência de 3 vezes por semana em que as sessões variavam entre 10 a 120 minutos. Este foi a categoria em que se obtiveram melhores resultados sendo que estes se mantinham após um ano do fim do programa. Estes resultados incluem a

diminuição da espasticidade, a melhoria na mímica facial e da função do nervo facial, diminuição da assimetria facial, melhoria na capacidade de deglutição e na sensibilidade orofacial.

Artigo 2

No estudo de caso de Pimenta et al. (2019) foram incluídos 3 participantes com base nos critérios de admissão pré-estabelecidos pelos autores (ter como diagnóstico de admissão AVC, ter como sequelas PFC, obter na avaliação neurológica global pontuação inferior a 17 pontos na escala de *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) (Anexo I) e aceitar participar de forma livre e esclarecida no estudo).

Os instrumentos utilizados nas avaliações inicial e final foram a NIHSS, para avaliação neurológica, e a escala de *House Brackmann* para avaliação do grau de parésia facial.

O plano elaborado constituía-se no seguinte:

1. Avaliação inicial segundo os critérios estabelecidos;
2. Realização de um plano de reeducação dos músculos faciais com base no grau de severidade da PFC, inicialmente em conjunto com a pessoa e posteriormente os mesmos exercícios autorrealizados;
3. Realização de registo fotográfico no momento inicial e final do programa;
4. Confronto da pessoa com a sua imagem facial com recurso a espelho;
5. Aplicar calor húmido durante 10 minutos;
6. Instruir e treinar massagem endobucal e dos músculos da face;
7. Oferecer brochura explicativa dos exercícios faciais (aproximar os lábios e comprimir, sorrir e mostrar os dentes e sem mostrar os dentes, encher as bochechas de ar e protusão do lábio inferior);
8. Instruir e treinar com a pessoa os exercícios da brochura em séries de 5 repetições por exercício;
9. Repetir os exercícios com recurso a espelho;
10. Após a compreensão dos exercícios, solicitar a repetição 3 a 4 vezes por dia aumentando gradualmente as repetições até ao máximo de 15 repetições;
11. No final de cada treino, efetuar a massagem endobucal;
12. Incentivar pausas em caso de cansaço, realizando respiração abdomino-diafragmática.

Os autores constataram que a implementação do plano de intervenção, sobretudo no treino de mimica facial, representa ganhos visíveis na recuperação da PFC. Mesmo nas situações em que a expressão facial não melhora, verifica-se melhorias significativas na expressão verbal e na queda da saliva pela comissura labial. Neste estudo observou-se que os participantes acabavam por efetuar exercícios com frequência superior ao solicitado, o que poderá ter potenciado os ganhos na recuperação da expressão facial. Relatam também que o tempo despendido na instrução e treino varia consoante a capacidade cognitiva e ânimo da pessoa. Há também outras variáveis que poderão influenciar os resultados alcançados, como por exemplo: a motivação, a capacidade funcional. Referem ainda que enfrentaram algumas limitações tais como a bibliografia reportar na sua maioria à parésia facial periférica (PFP) ou para a qualidade de vida após a parésia facial. Este estudo concluiu que o plano de reeducação facial permitiu a recuperação da expressão facial dos 3 participantes, abrangendo a deglutição e a disartria. Este resultado revela que a volição das pessoas, após deterem conhecimento e serem capacitadas pelo EEER, permite melhorar a parésia facial permitindo a recuperação total ou parcial das pessoas.

7. DISCUSSÃO

Esta revisão revelou que, apesar dos resultados apontarem para melhorias na PFC após diversos tipos de reabilitação física, continua a existir uma falta de evidência de elevada qualidade para sustentar a prática clínica.

As pessoas com PFC apresentam alterações como a disfagia, disartria e perda de saliva pela comissura labial do lado afetado, somando o facto de apresentarem maior dificuldade na expressão de emoções, o que poderá levar a um aumento de isolamento social e afetivo associado a perceção de pior qualidade de vida e aumento de ansiedade (Vaughn *et al.*, 2020).

O estudo de Vaughn *et al.* (2020), não integrava EEER na realização de programas de reabilitação sendo estes realizados, na sua maioria outros profissionais. Este facto reflete a dispersão mundial dos EEER e as diferenças de competências destes em cada país, quando comparadas com as competências específicas dos EEER em Portugal. Talvez por este motivo, verificou-se a não integração de intervenções ligadas aos processos adaptativos das pessoas, com ênfase na capacitação, centrando-se a maioria os estudos analisados no processo de seleção, em exercícios realizados pelos técnicos de reabilitação (terapeutas da fala e fisioterapeutas) sendo por esta via não incluídos na revisão.

Como forma de avaliar o grau de parésia facial, estes autores recorreram ao uso de escalas, inicialmente desenvolvidas para a parésia facial periférica, como a *House-Brackmann Facial Grading System* e a *Sunnybrook Grading Scale*.

A *Sunnybrook Grading Scale* (Anexo II) é uma escala utilizada para avaliar a função facial, subdividida em três domínios:

- 1- Simetria em repouso dos olhos, do sulco nasolabial e da comissura labial;
- 2- Movimentos voluntários (como fechar os olhos ou sorrir ou assobiar);
- 3- Sincinesias associadas aos movimentos voluntários testados.

Cada um dos domínios é pontuado, tendo em consideração que os domínios referentes à simetria em repouso e à simetria dos movimentos voluntários possuem um peso maior na pontuação final. Quanto maior a pontuação menor será o compromisso (Melo *et al.*, 2022).

A *House Brackmann Facial Grading System* (Anexo III) é considerada um método subjetivo de avaliação da parésia facial com base na aparência e função facial determinada pelo movimento superior da porção média do topo da sobrancelha e do movimento lateral do ângulo da boca (Vale *et al.*, 2019).

As intervenções de reabilitação presentes na revisão sistemática analisada incluem exercícios de mímica facial, massagem e exercícios de relaxamento da face, eletroestimulação e terapia do espelho. Constata-se ainda que os exercícios de mímica facial com recurso a espelho (autorrealizados), são aqueles que produzem melhores resultados na reabilitação da PFC em especial na disartria, perda de saliva pela comissura labial e expressão de emoções. Pimenta et al. (2019) destaca que a forte adesão ao programa de reabilitação é um elemento facilitador e preditor de ganhos em saúde, superando os resultados inicialmente esperados com a implementação do programa. Desta forma, a participação ativa no programa de reabilitação constitui-se como uma mais valia significativa para a recuperação da expressão facial. Este facto reforça a importância do processo de consciencialização da pessoa perante a nova realidade e ser este o primeiro passo para uma transição saudável. A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e o reconhecimento da transição, neste caso específico, transição saúde-doença (Meleis *et al.*, 2000). Se a pessoa reconhecer as mudanças que estão a ocorrer e lhe imputar a devida importância, será um fator facilitador do processo de transição, de participação ativa no processo de reabilitação e adesão ao programa de reabilitação onde estão incluídos os exercícios autorrealizáveis.

Pimenta et al. (2019) afirma no seu estudo que a capacidade cognitiva, a motivação, capacidade funcional e o interesse da pessoa são aspetos fundamentais para o sucesso do programa de reabilitação. No caso de pessoas com PFC, a capacitação envolve a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, do tipo “*instruir*” e do tipo “*treinar*” de forma a melhorar ou mitigar os efeitos da fraqueza muscular facial.

O EEER pelas suas competências deve constituir-se o como um veículo promotor de empoderamento e capacitação das pessoas. As competências específicas do enfermeiro de reabilitação referem que este “*Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*” e “*Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*” (Regulamento nº392/2019 de 3 de maio, 2019). Desta forma, tem como competências específicas desenvolver e implementar intervenções autónomas que envolvam ensinar, instruir e treinar a pessoa de forma a facilitar o processo de tomada de decisão e promover maior autonomia. Toda a aprendizagem de capacidades adquiridas neste processo vai contribuir para o empoderamento e a tomada de decisão da pessoa, de forma a torná-lo mais independente, contribuindo para uma transição saudável. É na fase de empoderamento que a pessoa assume o controlo e tomada de decisão para resolver os seus próprios problemas, por forma a alcançar o seu potencial máximo

(Melo, 2020). A intervenção do EEER tem como finalidade desenvolver habilidades para capacitar a pessoa a lidar com os desafios decorrentes do evento, neste caso da PFC. Para tal, é necessário a transmissão de conhecimentos e aprendizagem de habilidades específicas, onde se enquadram os exercícios autorrealizáveis, incentivando a pessoa a tomar decisões informadas e a tornar-se mais ativa e independente no processo de reabilitação. O empoderamento desenvolve uma maior participação e responsabilidade na gestão da saúde, enquanto a melhoria da autoestima oferece uma sensação de capacitação e confiança (Sousa *et al.*, 2020).

A bibliografia existente sobre a reabilitação na PFC, bem como as intervenções de reabilitação autorrealizadas é escassa, o que explica o facto de apenas terem sido incluídos 2 artigos na revisão. Além disso, observou-se que a reabilitação a pessoas com PFC é uma área que carece de estudo, especialmente no campo da enfermagem de reabilitação, razão pela qual, dos artigos consultados, a grande maioria foi conduzida por outros grupos profissionais.

Os enfermeiros de reabilitação desempenham um papel fundamental na promoção da consciencialização das pessoas sobre as suas condições de saúde e o processo de reabilitação. Ao fornecerem informações de forma clara e acessível, ajudam as pessoas a entenderem melhor a sua condição de saúde, o que se poderá traduzir num aumento da motivação e envolvimento no tratamento, com melhorias claras na adesão terapêutica e nis resultados alcançados. Nesta capacitação está incluído a educação para a saúde, o ensino e treino de técnicas específicas (exercícios autorrealizáveis) e a importância da adesão ao tratamento. Um outro aspeto importante é o significado que a pessoa atribui ao processo de reabilitação. Neste campo, os enfermeiros, e por inerência os EEER assumem uma especial importância uma vez que poderão ajudar a moldar a perceção da pessoa perante a nova situação, enfatizando os benefícios que o programa de reabilitação trará e o impacto positivo que o mesmo terá na sua qualidade de vida. Se a pessoa olhar para o processo de reabilitação como um caminho para a recuperação e melhoria da sua condição atual, é mais provável que a adesão ao tratamento seja maior. Em suma, ao promover a consciencialização, o conhecimento e a atribuição de um significado positivo em relação ao programa de reabilitação, os EEER podem efetivamente contribuir para a melhorar adesão terapêutica, resultando em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Outro facto decorrente desta revisão, foi a escassez de estudos sobre a adesão aos programas de reabilitação para pessoas com PFC. A adesão ao tratamento é crucial para o resultado dos programas de reabilitação, uma vez que pessoas comprometidas com os seus programas de reabilitação tendem a apresentar melhores resultados. A ausência de estudos

nesta área pode, pelo que foi referido anteriormente, ser um reflexo sobre o facto de a reabilitação da PFC não ser predominantemente realizada por EEER.

Dada a importância e a ampla incidência da PFC, seria fundamental, em futuras investigações, a implementação de programas de reabilitação por EEER com objetivo de avaliar a adesão terapêutica. Seria também importante a validação para Portugal de escalas de avaliação da PFC tal como existem para a PFP, de forma a ser possível verificar e comparar os resultados obtidos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área e a criação de evidência científica que sustente a prática clínica. Tal como os estudos relacionados com a parésia facial periférica, seria fundamental que os estudos sobre as intervenções e programas efetuados para a reabilitação da PFC incluíssem variáveis como a qualidade de vida, duração, frequência e intensidade das intervenções efetuadas.

8. CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão indicam que os exercícios de reabilitação autorrealizados para pessoas com PFC encontrados nesta revisão são: massagem endobucal e de relaxamento dos músculos da face, exercícios de mímica facial com recurso a espelho onde se incluídos os exercícios de expressão emocional e exercícios de fortalecimento facial. Observou-se escassez de estudos que abordem as intervenções de reabilitação autorrealizáveis na PFC e sobre a adesão terapêutica destas pessoas. Assim, recomenda-se a realização de mais estudos sobre esta temática, de forma a melhorar a abordagem dos profissionais de reabilitação, incluindo os EEER.

Dada a importância e a ampla incidência da PFC, seria fundamental, em futuras investigações, a implementação de programas de reabilitação realizados por EEER bem como a validação para Português de escalas de avaliação da PFC.

A identificação desta provável lacuna de conhecimento poderá ser o ponto de partida para investigações futuras sobre uma área tão importante para a qualidade de vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vertente prática dos estágios potencializou a capacitação técnica e científica diferenciada, pelo desenvolvimento e aquisição de competências pessoais, interpessoais e de elevado juízo crítico-reflexivo, propósitos intrínsecos às competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

A definição de objetivos para cada estágio, potencializaram e pautaram a minha ação, permitindo assim o meu crescimento profissional e pessoal, o desenvolvimento de variadíssimas aprendizagens, aquisição de novos conhecimentos e a diferente capacidade em planear, implementar e avaliar as diversas intervenções.

A possibilidade de intervir em diferentes contextos de prática clínica proporcionaram um desenvolvimento da minha criatividade, disciplina, resiliência, flexibilidade e autonomia. Assim como todas as partilhas de experiências, oportunidades e disponibilidade de todos os intervenientes revelaram-se enriquecedoras para enfrentar novos desafios e alcançar as metas que, por vezes, considerei inalcançáveis.

Foi realizado o trabalho de investigação com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções autorrealizadas utilizadas nos programas de reabilitação a pessoas com parésia facial central e ao longo deste percurso as barreiras e os constrangimentos que tinha relativamente à investigação foram-se desvanecendo devido à aquisição de conhecimentos essenciais desde o planeamento, passando pela operacionalização até à análise e comunicação dos resultados, facilitando o processo de evolução na produção de conhecimento científico. Neste sentido, foi possível identificar as intervenções de reabilitação autorrealizadas na parésia facial central, suportada por evidência científica, ainda que manifestamente insuficiente.

O presente estudo pretende contribuir positivamente para o desenvolvimento de programas de reabilitação na pessoa com parésia facial central. Espera-se que catalise o desenvolvimento de programas de reabilitação, realizados por EEER e que incluam intervenções autorrealizadas passíveis de serem realizados no domicílio, de forma a otimizar os ganhos em saúde e melhorar os cuidados de enfermagem de reabilitação nesta área, aumentando a qualidade de vida às pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. L. (2018). *Validação de protocolo para a assistência de enfermagem ao paciente no transoperatório de cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade Federal de São Carlos.
- Balsanelli, A. P.; Cunha, I. C. K. O., & Whitaker, I. Y. (2009). Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com o perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Rev Latino Americana de Enfermagem*, vol. 17(1).
<https://www.scielo.br/jj/ape/a/XxbVBF7s8qxtMXdzjChhGhC/?format=pdf&lang=pt>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bouso, R.S.; Poles, K. & Cruz, D.A.L.M. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Rev Esc Enferm*, vol. 48(1). 141-145.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/?format=pdf&lang=pt>
- Brito, A. (2016). Reconstrução da autonomia: uma teoria explicativa. In T. Martins, M. d. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 59-71). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cardoso A, Brito A. Mais enfermagem na Enfermagem. In Marques R, Néné M, Sequeira C. *Enfermagem Avançada*.: LIDEL; 2024. p. 2-15.
- Chang W.H., Sohn M.K., Lee J., Kim D. Y., Lee S. G., & Shin Y. I. (2016). Impact of central facial palsy and dysarthria on quality of life in patients with stroke: the KOSCO study. *Neurorehabilitation* vol. 39, no. 2, 253-259.
https://www.researchgate.net/publication/304782262_Impact_of_central_facial_palsy_and_dysarthria_on_quality_of_life_in_patients_with_stroke_The_KOSCO_study
- Chick, N., Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. Chinn, *Nursing research methodology - Issues and implementation* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV). (2018). *Integridade na Investigação Científica*.
<https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/IntegridadeCNECV2018.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. DGS. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/10/DGS_PNDCCV_VF.pdf
- Direção-Geral de Saúde (2022a). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. DGS.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspxD>

- Fabricius, J., Kothari, S. F., & Kothari, M. (2021). Assessment and rehabilitation interventions for central facial palsy in patients with acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*, 35 (5), 511–519. <https://doi.org/10.1080/02699052.2021.1890218>
- Fernandes, U., & Soares, N. V. (2013). Modelos de liderança adotados por enfermeiros de um hospital do Rio Grande do Sul. *Journal of Nursing and Health*, vol. 2(1). 38-43. <https://doi.org/10.15210/jonah.v2i1.3452>
- Fialho, J., Saragoça, J., & Silva, C. (2013). *Diagnóstico Social - Teorias Metodologias Casos Práticos*. (1ª ed.). Sílabo. ISBN: 978-972-618-917-6
- Fujimoto, S., & Nakayama, T. (2019). Effect of combination of pre- and postoperative pulmonary rehabilitation on onset of postoperative pneumonia: a retrospective cohort study based on data from the diagnosis procedure combination database in Japan. *International Journal of Clinical Oncology*, 24(2), 211–221. <https://doi.org/10.1007/s10147-018-1343-y>
- Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing Ethics*, 27(1), 258–272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. https://neuronsong.com/_/sites/icnp-browser/#/2019/concepts/pt-br/10011042
- Ishii L.E., Nellis J.C., Boahene K.D., Byrne P., & Ishii M. (2018) The importance and psychology of facial expression. *Otolaryngol Clin North Am*. 51:1011– 17. DOI: 10.1016/j.otc.2018.07.001
- Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K. & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact in mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomed Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc Czech Republic*, 158(1), 133-137. DOI: 10.5507/bp.2013.014. http://biomed.papers.upol.cz/artkey/bio2014010021_central_facial_paresis_and_its_impact_on_mimicry_psyche_and_quality_of_life_in_patients_after_stroke.php.
- Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de Agosto (2005). Constituição da República Portuguesa - Sétima Revisão Constitucional. Diário da Republica I série, nº155 (4642-4686) <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>
- Magnusdottir, AG. (2020). Rehabilitation with focus on capacitation versus traditional rehabilitation for patients with stroke: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), p. 307-314.
- Matos, M. F. (2018). *A importância da Enfermagem de Reabilitação na preparação do regresso a casa da pessoa e família/cuidador em situação de AVC com alteração da funcionalidade motora*. [Relatório de estágio de Natureza Profissional]. Instituto Politécnico de Santarém
- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000 Sep;23(1):12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006. PMID: 10970036.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (1.ª ed.). Lidel.

- Melo, T. K. M., Andrade, P. F., Mateus, S. R. M., Santos-Couto-Paz, C. C. (2022). Propriedades psicométricas da versão brasileira do Sunnybrook Facial Grading System. *Fisioter. Mov.*, 2022, v. 35, e35123.0 DOI: 10.1590/fm.2022.35123.0 <https://www.scielo.br/j/fm/a/YtSNMf4Q4nHfPJrVKVKRwsC/?format=pdf&lang=pt>
- Ministério dos Negócios Estrangeiros [MNE]. (1978). Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de dezembro de 1948. *Diário da República I Série*, n.º 57/78 (489-493) <https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>
- Munn Z., Petters M., Stern C., & Tufanaru C. (2018) Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology* 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019). *Facial nerve disorders*. <https://www.ninds.nih.gov/disorders/all-disorders/facial-nerve-disorders-information-page>
- Nellis, J. C; Ishii, M. & Byrne, P., J. (2017). Association Among Facial Paralysis, Depression, and Quality of Life in Facial Plastic Surgery Patients. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3): 190-196. doi:10.1001/jamafacial.2016.1462.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Estatística de Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Enfermeiros (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer n.º 06/ 2020 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação - Os cuidados de enfermagem de reabilitação aos utentes integrados em equipa de cuidados continuados integrados em tempos de pandemia Covid-19. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20793/parecer-mceer-n%C2%BA-6_2020_os-cuidados-de-er-utentes-integrados-em-eccis-em-tempos-de-pandemia-cov.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2024). *As 10 principais causas de morte*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Peters M., Pollock, D., Tricco A., & Munn Z. (2021) Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews, *JBI Evidence Synthesis volume 18 pp. 2119-2126*
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospital do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização de recursos - estudo exploratório*

sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. (Tese de Doutoramento em Enfermagem), Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Pimenta, E., Costa, A., Bule, Maria José, Reis, G. (2019). Recuperar e expressão facial após paresia facial central. *Riase ONLINE n.º5(1) pp 1691 - 1706*
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27489/1/par%c3%a9sia%20facial%20282-1425-1-PB.pdf>
- Pino, H. (2019). *Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação à pessoa com fratura proximal do fémur.* [Relatório de estágio de Natureza Profissional]. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Portaria n.º 87/2015 de 23 de março (2015). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Diário da República I série, n.º57 (1656-1659)
- Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II série, n.º 119 (22/06/2015) (16655-16660)
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/R regulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série, n.º26 (06/02/2019) (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º392/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República, 2ª série, n.º85 (03/05/2019) (13565-13568).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ribeiro, R. (2023). *Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC – Contributos da Enfermagem de Reabilitação.* [Relatório de estágio de Natureza Profissional]. Instituto Politécnico de Bragança.
- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: Use, weaknesses and potentialities. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1), 126–134.*
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Sampaio, F.A.A.; Aquino, P. S.; Araújo, T. L. & Galvão, M. T. G. (2008). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. *Acta Paul Enferm, vol. 21(1). (94-100)*
<https://www.scielo.br/j/ape/a/jHgqvZr3JRZgrJDw3nLnqNm/?format=pdf&lang=pt>
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (4ª Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Schimmel M, Ono T, Lam OL, Muller F.(2017) Oro-facial impairment in stroke patients. *J Oral Rehabil. 44:313–26.* doi: 10.1111/joor.12486

- Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. S. T. Tripp-Reimer (Ed.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1-26). New York: Springer.
- Silva, L. (2022). *Re(H)abilitação no início do ciclo vital*. [Relatório de estágio de Natureza Profissional]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo
- Siqueira, M. M. M. (2002). Medidas do comportamento organizacional. *Estudos de Psicologia* 2002, 7ª edição (11-18)
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/MmZMYgkntBK7dDxyxmwryWv/?format=pdf>
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. in C. Marques-Vieira.& L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*.(p. 405-420). Loures: Lusodiacta.
<http://hdl.handle.net/10884/1067>
- Sousa, L., Vigla, C., Mendes, L., Martinho, A., Sousa, E., Massena, A., Magalhães, C., Rosa, M., Testas, J., Duque, H., Dionisio, I., Santos, M. (2017). A Intervenção da Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia. *Enformação*. (8) (10-11)
<http://hdl.handle.net/20.500.12253/1306>
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faisca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 39–48.
<https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>
- Sousa, L., Martins, M & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processos de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. p.64-69.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., Zu Wallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D. C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M. E., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., & Wouters, E. F. M. (2013). An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8).
<https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Stroke Alliance for Europe. (2018) *Plano de Acção para o AVC na Europa*. Bruxelas.
<https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- Tavares-Brito J., van Veen B.M., Dusseldorp J.R., Werker P.M.N., Dijkstra P.U., Hadlock T.A. (2019) Association of Regional Facial Dysfunction With Facial Palsy-Related Quality of Life. *JAMA Facial Plast Surg*. 2019 Jan 1;21(1):32-37. doi: 10.1001/jamafacial.2018.0804.
- Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde -Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620.
- Theuerkauf, Anaise (2000). Autocuidado e actividades da vida diária In Hoeman, Shirley, P. (2ªEd.). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*, Lusociência, p.173-207.

- Vale, S. O., Marçalo, S., Martins, C. S., Machado, A. C. (2019). Medicina física e de reabilitação no tratamento da paralisia de Bell: qual a evidência?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 35:116-25
<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/12030/pdf/17985>
- Vaughan A., Gardner D., Miles A., Copley A., Wenke R. & Coulson S. (2020) A Systematic Review of Physical Rehabilitation of Facial Palsy. *Front. Neurol.* 11:222. doi: 10.3389/fneur.2020.00222.
- Volk G., Steinerstauch A., Lorenz A., Modersohn L., Mothes O., Denzler J. (2019). Facial motor and non-motor disabilities in patients with central facial paresis: a prospective cohort study. *Revista de Neurologia* 266:46-56. DOI: 10.1007/s00415-018-9099-x
- Zimmerman, C., Schütte, K & Becher, J. (2018). Capacitation-based rehabilitation nursing in stroke care: A systematic review. *Disability and rehabilitation*, 40(13), p.1483-1491.

ANEXOS

ANEXO I: *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)*

ÍTEM PESQUISADO	DEFINIÇÕES	
1a. Nível de consciência Escolher uma alternativa mesmo se avaliação estiver prejudicada por tubo endotraqueal, linguagem ou trauma. Dar 3 somente se não for obtida resposta aos estímulos dolorosos.	0 = alerta 1 = desperta com estímulo verbal 2 = desperta somente com estímulo doloroso 3 = respostas reflexas ou ausência de resposta aos estímulos dolorosos	
1b. Orientação (idade e mês) Resposta tem de ser correta, não há nota parcial. Paciente com afasia ou com alteração do nível de consciência, que não compreende as perguntas, receberão 2. Pacientes com intubação endotraqueal, trauma, disartria grave ou qualquer problema não secundário a afasia receberão 1.	0 = ambas corretas 1 = uma questão correta 2 = ambas incorretas	
1c. Comandos (abrir e fechar olhos e apertar e soltar a mão) Realizar com a mão não parética. Substituir por outro comando se as mãos não puderem ser utilizadas. Crédito se a tentativa for realizada, mas não completada devido ao déficit neurológico. Se não responder ao comando devem ser utilizados gestos.	0 = ambas corretas 1 = uma tarefa correta 2 = ambas incorretas	
2. Motricidade ocular (voluntária ou olhos de boneca) Somente o olhar horizontal é testado. Se há parésia do III, IV ou VI nervo isolada marque 1. Testar em pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular, ou alteração dos campos visuais devem ser testados com movimentos reflexos. Todos pacientes devem ser testados.	0 = normal 1 = parésia do olhar conjugado 2 = desvio conjugado do olhar.	
3. Campos Visuais Se houver cegueira monocular os campos visuais do outro olho devem ser considerados. Se o paciente for cego por qualquer outra causa marque 3 Extinção: o paciente recebe 1 e os resultados são utilizados para responder a questão 11.	0 = normal 1 = hemianopsia parcial, quadrantanopsia, extinção 2 = hemianopsia completa 3 = cegueira cortical	
4. Paresia Facial Considere simetria da contração facial em resposta aos estímulos dolorosos nos pacientes com alteração do nível de consciência.	0 = normal 1 = paresia mínima (aspecto normal em repouso, sorriso assimétrico) 2 = paresia/segmento inferior da face 3 = paresia/segmentos superior e inferior da face.	
5. Motor membro superior Braços estendidos a 90° (sentado) ou a 45° (deitado) por 10 segundos. Iniciar com o lado não-parético. Paciente afásico utilizar gestos e não utilizar estímulos dolorosos.	0 = sem queda 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta 4 = sem movimento	E
		D
6. Motor membro inferior O paciente deitado deve elevar a perna a 30° por 5 segundos	0 = sem queda 1 = queda, mas não atinge o leito; 2 = força contra gravidade, mas não sustenta; 3 = sem força contra gravidade, mas qualquer movimento mínimo conta 4 = sem movimento	E
		D
7 Ataxia apendicular Faça os testes index-nariz e calcanhar-jelho com os olhos abertos em ambos os lados. Ataxia é considerada somente se presente. Se o paciente estiver afásico ou plégico não considerar.	0 = sem ataxia (ou afásico, hemiplégico) 1 = ataxia presente em um membro; 2 = ataxia presente em dois membros.	
8.Sensibilidade dolorosa Paciente afásico ou com rebaixamento de consciência = 0 ou 1. AVC de tronco com déficit bilateral = 2. Se o paciente não responder e estiver tetraplégico marque 2. Pacientes em coma devem receber 2.	0 = normal 1 = déficit unilateral, mas reconhece o estímulo (ou afásico, confuso) 2 = paciente não reconhece o estímulo ou coma ou déficit bilateral.	
9. Linguagem Pedir para descrever o que está acontecendo na figura, nomear os objetos em anexo e ler as frases. Paciente intubado deve ser solicitado para escrever uma frase. O paciente em coma recebe 3. Paciente em mutismo que não consegue realizar nenhum comando = 3	0 = normal 1 = afasia leve-moderada (compreensível) 2 = afasia severa (quase sem troca de informações) 3 = mudo, afasia global, coma	
10. Disartria Paciente deve ler as palavras apresentadas no cartão.	0 = normal 1 = leve a moderada 2 = severa, ininteligível ou mudo. X = intubado	
11. Extinção/negligência Se houver grave déficit visual e os estímulos sensitivos normais deve ser considerado normal. Se paciente afásico, mas percebe ambos os lados, é considerado normal. A negligência deve ser considerada somente quando presente	0 = normal 1 = negligência ou extinção em uma modalidade sensorial 2 = negligência em mais de uma modalidade sensorial	
TOTAL DE PONTOS		

ANEXO II: SunnyBrook Grading Scale

Sunnybrook Facial Grading System

Resting Symmetry	Symmetry of Voluntary Movement	Synkinesis
Compared to normal side	Degree of muscle EXCURSION compared to normal side	Rate the degree of INVOLUNTARY MUSCLE CONTRACTION associated with each expression
Eye (choose one only) normal 0 narrow 1 wide 1 eyelid surgery 1	Standard Expressions Forehead Wrinkle (FRO) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Gentle eye closure (OCS) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Open mouth smile (ZYG/RIS) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Snarl (LLA/LLS) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> Lip Pucker (OOS/OOI) 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/>	NONE: No synkinesis or mass movement <input type="checkbox"/> MILD: Slight synkinesis <input type="checkbox"/> MODERATE: Obvious but not disfiguring synkinesis <input type="checkbox"/> SEVERE: Disfiguring synkinesis/ Gross mass movement of several muscles <input type="checkbox"/>
Cheek (naso-labial fold) normal 0 absent 2 less pronounced 1 more pronounced 1	Unable to initiate movement/no movement Initiates slight movement Initiated movement with mild excursion Movement almost complete Movement complete	
Mouth normal 0 corner dropped 1 corner pulled up/out 1	Gross Asymmetry Severe Asymmetry Moderate Asymmetry Mild Asymmetry Normal Symmetry	
Total <input type="checkbox"/>	Total <input type="checkbox"/>	
Resting symmetry score Total X 5 <input type="checkbox"/>	Voluntary movement score: Total X 4 <input type="checkbox"/>	Synkinesis score: Total <input type="checkbox"/>
Patient's name _____ Dx _____ Date _____		
Vol mov't score <input type="checkbox"/> - Resting symmetry score <input type="checkbox"/> - Synk score <input type="checkbox"/> = Composite score <input type="checkbox"/>		

ANEXO II: House-Brackmann Facial Grading System

I – Normal	- Função normal em todas as áreas.
II – Disfunção ligeira	- Pequena deformidade só detetável à inspeção cuidadosa. - Testa com função boa a moderada. - Olho fecha completamente com esforço mínimo. - Boca ligeiramente assimétrica com o sorriso forçado. - Pode haver sincinesia muito discreta. - Simetria e tónus normais em repouso.
III – Disfunção moderada	- Assimetria entre os dois lados evidente mas não desfigurante. - Testa com movimento moderado a leve. - Olho encerra completamente com esforço. - Boca com contração leve com o esforço máximo. - Sincinesia e/ou espasmo hemifacial notável, mas não graves. - Simetria e tónus normais em repouso.
IV – Disfunção moderada a grave	- Paralisia bem evidente, com assimetria desfigurante. - Testa sem movimento. - Olho não fecha completamente. Há Sinal de Bell. - Boca com assimetria com o esforço máximo. - Sincinesias graves, movimento em massa e espasmo. - Simetria e tónus normais em repouso.
V – Disfunção grave	- Não há quase movimento perceptível do lado afectado. - Testa sem movimento. - Olho não fecha completamente. Há Sinal de Bell. - Boca tem apenas movimento ligeiro e assimétrico. - Sincinesia, contractura ou espasmo geralmente ausentes. - Assimetria em repouso.
VI – Paralisia total	- Não há qualquer movimento, espasmo ou contractura.