

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**A PESSOA COM COMPROMISSO NA COMUNICAÇÃO VERBAL EXPRESSIVA: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação**

**The Person with expressive verbal Communication Impairment: contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing - Development of specialized clinical skills in the field of Rehabilitation Nursing**

**Autor**

**Vera Lúcia Faria Ricardo**

**Porto, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A PESSOA COM COMPROMISSO NA  
COMUNICAÇÃO VERBAL EXPRESSIVA:  
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO -  
Desenvolvimento de competências clínicas  
especializadas na área de Enfermagem de  
Reabilitação

The Person with expressive verbal  
Communication Impairment: contribution of the  
Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing -  
Development of specialized clinical skills in the  
field of Rehabilitation Nursing

**Orientador(es)**

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro  
*Professor Adjunto, Doutor*

**Coorientador(es)**

Maria Narcisa da Costa Gonçalves  
*Professor Adjunto, Mestre*

**Autor**

Vera Lúcia Faria Ricardo

**Porto, 2025**



**FRASE OU PENSAMENTO**

A reabilitação tem como finalidade, assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem.

(Hesbeen, 2003)



**DEDICATÓRIA**

Ao Cesário e à Naiara, cuja existência dão mais sentido à minha vida.

À minha família, que sempre me apoia em todos os momentos, de forma incondicional.

Aos meus amigos que estão sempre e verdadeiramente do meu lado.



## **AGRADECIMENTO**

À Professora Doutora Olga Ribeiro, pela orientação, apoio, paciência, disponibilidade, partilha e interesse sempre demonstrados, nesta fase de desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao Professor Doutor Miguel Padilha, Professora Narcisa Gonçalves, Professora Doutora Carla Fernandes e todos os outros docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pelo apoio ao longo deste percurso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Aos enfermeiros tutores, pela partilha de saberes, disponibilidade, compreensão e incansável apoio. Agradeço a todos a oportunidade de uma fácil integração nos serviços onde decorreram os estágios, promovendo bem-estar pessoal ao longo deste percurso.

A todos os enfermeiros e enfermeiras dos serviços onde estagiei, pelo companheirismo e momentos de reflexão que proporcionaram o desenvolvimento de competências.

Aos colegas e amigos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelo companheirismo, partilha de sentimentos, angústias e desabafos ao longo deste percurso formativo.

A todos, expresso o meu agradecimento.



## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do ano letivo 2024/2025, inserido na unidade curricular: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II e intitula-se: “A pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva: contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

Este documento resulta do Projeto individual de desenvolvimento de competências elaborado no Módulo I, com enfoque no processo de formação avançada em Enfermagem de Reabilitação. A metodologia adotada foi fundamentalmente descritiva e crítico-reflexiva, tendo por referência um estudo de caso do contexto da prática clínica, que reflete a importância da reabilitação da pessoa com compromisso na comunicação.

A comunicação, como uma das singularidades cognitivas do ser humano é, frequentemente, afetada no contexto de lesões cérebro-vasculares, sendo o Acidente Vascular Cerebral a principal causa de alterações, particularmente, na comunicação verbal expressiva, tendo impacto significativo na vida pessoal, familiar e social da pessoa.

Assim, projetaram-se três objetivos gerais, centrados no desenvolvimento de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assim como, no desenvolvimento de competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação, no domínio da comunicação verbal expressiva.

Este relatório está estruturado em quatro partes: a primeira caracteriza os contextos de estágio; a segunda apresenta o caso clínico, a evidência científica que fundamenta o enquadramento teórico e a conceção de cuidados, ancorado nos referenciais de Dorothea Orem e Afaf Meleis, com ênfase no autocuidado e no processo de transição saúde-doença; a terceira parte, explana o desenvolvimento de competências especializadas neste percurso de formação; e a quarta parte, expõe a síntese final do relatório.

O estágio de natureza profissional proporcionou o desenvolvimento e consolidação de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como as de mestre em Enfermagem de Reabilitação. O estudo de caso destacou a importância de uma abordagem individualizada e multidimensional na reabilitação neurológica, sublinhando a atuação diferenciada de Enfermagem de Reabilitação na promoção do bem-estar, autocuidado, recuperação funcional, prevenção de complicações, maximização das capacidades, adaptação e inclusão social, promovendo a melhoria da qualidade de vida da pessoa.

A intervenção precoce e personalizada na reabilitação da comunicação verbal expressiva resultou em progressos concretos, impulsionados pelo empenho e motivação da pessoa, destacando-se estratégias específicas para otimizar a articulação e fluência da comunicação, obtendo-se ganhos em saúde.

**Palavras chave:** Enfermagem de Reabilitação; Comunicação Verbal Expressiva; Acidente Vascular Cerebral.

## ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, for the academic year 2024/2025, within the curricular unit: Professional internship with report - Module II. It is entitled: "The Person with expressive verbal Communication Impairment: contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing."

This document results from the Individual Competency Development Project carried out in Module I, focusing on the advanced training process in Rehabilitation Nursing. The adopted methodology was fundamentally descriptive and critical-reflective, based on a case study from the clinical practice context, highlighting the importance of rehabilitating individuals with communication impairments.

Communication, as one of the cognitive singularities of human beings, is often affected in the context of cerebrovascular injuries, with Stroke being the leading cause of changes, particularly in expressive verbal communication. These changes have a significant impact on the individual's personal, family, and social life.

Thus, three general objectives were outlined, focusing on the development of both common competencies of Specialist Nurses and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, as well as specialized competencies for clinical decision-making in Rehabilitation Nursing, specifically in the field of expressive verbal communication.

This report is structured into four parts: the first characterizes the internship contexts; the second presents the clinical case, the scientific evidence supporting the theoretical framework and the care design, anchored in the references of Dorothea Orem and Afaf Meleis, with an emphasis on self-care and the health-disease transition process; the third part explains the development of specialized competencies throughout this training process; and the fourth part provides the final synthesis of the report.

The professional internship enabled the development and consolidation of both common competencies of the specialist nurse and those of the master's degree in Rehabilitation Nursing. The case study emphasized the importance of an individualized and multidimensional approach to neurological rehabilitation, underlining the distinct role of Rehabilitation Nursing in promoting well-being, self-care, functional recovery, complication prevention, capacity maximization, adaptation, and social inclusion, thereby improving the person's quality of life.

Early and personalized intervention in the rehabilitation of expressive verbal communication led to concrete progress, driven by the individual's commitment and motivation. Specific strategies

were highlighted to optimize articulation and communication fluency, resulting in health gains.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Expressive Verbal Communication; Stroke.

## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AngioTC - AngioTomografia Computorizada

ART - Aphasia Rapid Test

ASIA - American Spinal Injury Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BL - Bedside de Lenguaje

CAT - COPD Assessment Test

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EcoTT - Ecocardiograma Transtorácico

ECG - Eletrocardiograma

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

EQ-5D - EuroQol-5D

FADA - Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado

FeSS - Fever, sugar, swallowing

FOIS - Functional Oral Intake Scale

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

IECA - Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina

IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

LCAD - London Chest Actitvity of Daily Living

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MID - Membro inferior direito

MIE - Membro inferior esquerdo

MIF - Medida de Independência Funcional

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MSD - Membro superior direito

MSE - Membro superior esquerdo

mMRC - Medical Research Council modificada

mMRCD - Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire

MMSE - Mini Mental State Examination

NCS - Neecham Confusion Scale

NIHSS - National Institute of Health Stroke Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

QASC - Quality in Agute Stroke Care

QdV - Qualidade de Vida

Qol-SF36 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36

PECP - Prova de Esforço Cardiopulmonar

PM6M - Prova de Marcha de 6 minutos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SGRQ - St. George's Respiratory Questionnaire

STS - Sit-To-Stand test

TC CE - Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

TUG - Timed Up and Go

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação



## ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO .....	3
DEDICATÓRIA .....	5
AGRADECIMENTO .....	7
RESUMO .....	9
ABSTRACT .....	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	19
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	21
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	27
3. ESTUDO DE CASO: A PESSOA COM AVC .....	41
3.1. Enquadramento teórico .....	41
3.2. Clientes .....	78
3.3. Medicação .....	79
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	79
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	79
3.5. Domínios .....	81
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	82
3.6. Conceção de Cuidados .....	94
3.7. Especificação das intervenções .....	140
3.8. Síntese relativa ao caso .....	153
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	161
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	183
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	187
ANEXOS .....	213



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Genograma.....	43
<b>Figura 2</b> - Ecomapa.....	43
<b>Tabela 1</b> - Tabela-resumo da relação do tipo de afasia e funções linguísticas.....	60
<b>Tabela 2</b> - Recomendações de boas práticas na interação terapêutica com a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.....	65



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A exigência por uma maior qualidade e segurança nos cuidados em saúde, impulsiona a prática profissional de enfermagem, que se espera baseada na melhor e mais recente evidência científica disponível.

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), do ano letivo 2024/2025, inserido na Unidade Curricular: Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, foi proposta a realização do presente relatório. Neste relatório, pretende-se colocar em evidência a relevância das competências profissionais desenvolvidas durante este processo de formação contínua de Mestrado, com vista ao exercício profissional especializado, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Este relatório de estágio de natureza profissional concretiza o projeto elaborado no Módulo I e culmina com a apreciação e discussão pública do mesmo. A sua realização traduz uma oportunidade de autoaperfeiçoamento profissional, com vista a adquirir e a desenvolver capacidades clínicas avançadas, autonomia e um julgamento clínico crítico com a tomada de decisão inerente ao exercício profissional especializado na área de Enfermagem de Reabilitação. Como tal, pretende-se o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015), assentes numa prática que respeita a ética e os valores profissionais em contexto do exercício profissional (Barata, 2017) e, particularmente, do exercício profissional avançado.

O programa de estudos do MER da ESEP é bem claro quanto aos objetivos formativos, e enquadra-se no interesse pessoal em aliar os conhecimentos, as habilidades e o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), conforme o regulamento legislativo em vigor.

Neste processo formativo para aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação, estão intrínsecos os enunciados descritivos emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) que definem os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) expressas no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a) e as competências específicas do EEER que constam no Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019b).

Ao elaborar o presente relatório, fez-se uma análise do percurso definido durante o estágio profissional, de forma a dar resposta aos objetivos gerais previamente traçados no Projeto individual de desenvolvimento de competências - Módulo I, sendo os mesmos orientados pela

necessidade de otimizar os conhecimentos e as habilidades relacionados com as competências comuns do EE e as específicas do EEER.

Assim sendo, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais: I. Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e II. Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No seguimento destes objetivos gerais, foram definidos os subseqüentes objetivos específicos: I a) Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; I b) Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da melhoria contínua da qualidade; I c) Desenvolver competências comuns do EE no âmbito da gestão de cuidados e I d) Desenvolver competências comuns do EE no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; II a) Desenvolver competências específicas do EEER para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos contextos da prática de cuidados; II b) Desenvolver competências específicas do EEER para capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania e II c) Desenvolver competências específicas do EEER para maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Da mesma forma, foi estipulado um terceiro objetivo geral que, sendo opcional, culmina com o interesse pessoal em aprofundar conhecimentos e competências inerentes a um domínio de intervenção da área de Enfermagem de Reabilitação, neste caso, o domínio da comunicação, especificamente, a comunicação verbal expressiva.

O ato de comunicar representa uma das singularidades cognitivas do ser humano (Fonseca, 2018). E é no contexto das lesões cérebro-vasculares que se encontra a etiologia mais comum do compromisso na comunicação no adulto, especialmente, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo este uma das principais causas de morte e incapacidade permanente em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Mais de metade das pessoas que sofreram AVC apresentam distúrbios na comunicação, com enfoque na comunicação verbal expressiva, tendo um grande impacto do ponto de vista pessoal, familiar e social, repercutindo-se de forma negativa na qualidade de vida (QdV) da pessoa (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Desta forma, urge a necessidade de clarificar que a comunicação verbal expressiva se define como aquela que é “transmitida através da linguagem escrita ou falada, por meio dos sons e palavras” (Santos, 2005, p.434).

Importa referir, também, que no âmbito de outras disciplinas do conhecimento, uma alteração da linguagem e/ou fala resultante de um distúrbio neurológico é, frequentemente, designada por afasia (Duffy, 2020). A afasia surge como causa de uma lesão cerebral, com localização na área responsável pela compreensão ou produção da linguagem, caso se trate de uma afasia sensitiva ou motora, respetivamente (Hoeman, 2011).

Atendendo à linguagem classificada de enfermagem, o termo afasia, mais concretamente a afasia motora, surge integrada no foco “comunicação verbal expressiva”. Aliás o conceito de afasia (entenda-se afasia motora) será comumente utilizado ao longo deste relatório, em estreita relação com a terminologia de comunicação verbal expressiva, uma vez que ambos conceitos são conciliáveis na caracterização de uma disfunção linguística (DGS, 2021; Hoeman, 2011).

Embora a ação interventiva e diferenciada do EEER contribua para minimizar as consequências da condição de saúde, no âmbito do domínio da comunicação verbal expressiva, atualmente carece de sistematização. Esta perspetiva reforça a pertinência, o interesse e a motivação pessoais por envergar pelo investimento nesta temática. Assim, face a este propósito, surge o título deste relatório: “A pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” e, na sequência da opção realizada estabeleceu-se, então, o terceiro objetivo (III): Desenvolver competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação no domínio da comunicação verbal expressiva, cujos objetivos específicos estipulados foram: III a) Desenvolver competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva; III b) Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos de enfermagem na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva; III c) Desenvolver competências específicas para identificar objetivos na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva; III d) Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva e III e) Desenvolver competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.

Definidos os objetivos, que emergem dos conceitos centrais e conexos à formação avançada de Enfermagem de Reabilitação, considerando os modelos e teorias da disciplina consolidadas nos conhecimentos científicos evidenciados e nos instrumentos reconhecidos e reguladores da profissão, procurou-se desenvolver um exercício profissional intencional e especializado, evidenciando a natureza da intervenção do EEER.

Esta intervenção diferenciada teve como propósito, promover e potenciar a capacidade funcional da pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, através de uma intervenção holística, centrada no autocuidado. As intervenções dirigidas para o autocuidado têm um contributo imprescindível para melhorar a saúde e o bem-estar da pessoa e, sendo um domínio sensível na ação do EEER, deve ser priorizado, tal como sugerem as diretrizes expostas pela World Health Organization (WHO, 2022). A capacidade da pessoa para o autocuidado, a disponibilidade e a acessibilidade a diferentes recursos estão, intrinsecamente, ligados a uma prática profissional de qualidade, promovendo a expressão da dignidade humana, como aspeto fundamental para integrar o papel da pessoa como agente ativo na sua própria tomada de decisão em matéria de saúde (WHO, 2022). As intervenções de cuidados em saúde, quando

direcionadas para o autocuidado, estão entre as mais promissoras abordagens para melhorar a saúde o bem-estar da pessoa e são o caminho mais direto para alcançar os melhores resultados em saúde (WHO, 2022), sendo que o EEER deve ser aliado nesta propulsão.

A pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva espera do EEER, um contributo fundamental para a obtenção de ganhos em saúde, neste aspeto essencial da experiência humana, cujo défice, tem um impacto marcante na sua vida. Assim sendo, durante o estágio de natureza profissional, adotou-se uma ação profissional de abordagem centrada na pessoa, assegurando uma resposta específica às necessidades de cuidados na área de Enfermagem de Reabilitação, que emergiram do seu processo de transição saúde-doença após o AVC.

De forma operativa, o presente relatório foi elaborado na plataforma educacional e4Nursing da ESEP, em concordância com a ontologia de enfermagem, para a sistematização e desenvolvimento do processo de tomada de decisão clínica.

A concretização do mesmo obedeceu a uma metodologia fundamentalmente descritiva e crítico-reflexiva, tendo por referência um estudo de caso, agregando a pesquisa e a análise da literatura, com recurso a motores de busca e repositórios disponíveis *online*.

Na primeira parte deste relatório, estão caracterizados os contextos de estágio, pela ordem cronológica em que os mesmos foram realizados.

Na segunda parte, apresenta-se o caso clínico e a evidência científica que sustenta o enquadramento teórico. Neste capítulo, dá-se particular ênfase ao exercício profissional do EEER perante a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, em congruência com a principal causa patológica subjacente a este mesmo compromisso - o AVC. Importa referir que, a explanação do processo de tomada de decisão relativo ao caso em estudo, esteve sempre ancorada nos referenciais teóricos de Dorothea Orem e de Afaf Meleis, considerando tanto a potencialidade da pessoa no desempenho de atividades de autocuidado, quanto os fatores facilitadores e inibidores no âmbito do processo de transição saúde-doença da pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.

A terceira parte, comporta a reflexão sobre o contributo para o desenvolvimento de competências especializadas neste percurso de formação avançada.

Atendendo aos desafios e oportunidades deste percurso formativo, o último capítulo é a síntese final do relatório.

O presente documento foi elaborado em conformidade com o guia de orientação para a elaboração do relatório de “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II” da ESEP, e com o acordo ortográfico português. Para a referenciação bibliográfica, foram utilizadas as normas preconizadas pela American Psychological Association (APA, 2020).

Importa ressaltar que foi utilizada a terminologia “pessoa”, aquando da referenciação do

protagonista do caso clínico em estudo. Salienta-se ainda, que este relatório obedece ao dever do sigilo profissional, assumindo-se “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino” (Código Deontológico, 2015, p.9), através do registo de dados pessoais com recurso a uma identificação fictícia da pessoa, bem como da instituição de saúde envolvida.



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

A formação contínua relacionada com a prática clínica de enfermagem, impulsiona a aquisição de competências e constitui uma forma de desenvolvimento profissional, essencial para a melhoria da qualidade do exercício profissional (OE, 2019), no sentido de alcançar resultados significativos em saúde (Gamhewage et al., 2022).

A experiência adquirida com os diferentes estágios realizados com supervisão, permitem a afirmação de um perfil profissional com a incorporação de conhecimentos, competências e habilidades adequadas ao exercício de enfermagem especializado (Regulamento n.º 392/2019). Com a oportunidade de experienciar a prática profissional em diferentes contextos clínicos, obtém-se maior complexidade e versatilidade de atuação, que se traduz em maior qualidade profissional e, torna-se essencial, para o desenvolvimento de competências profissionais para a promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial funcional da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Da mesma forma, a caracterização e análise reflexiva dos diferentes contextos de estágio, permite compreender o seu potencial para o desenvolvimento de competências específicas do EEER.

A organização deste capítulo está intimamente ligada à experiência adquirida nos diferentes contextos de estágio, no período compreendido entre setembro de 2024 e janeiro de 2025. Em relação ao conteúdo, fez-se referência ao espaço físico, aos recursos humanos e materiais disponíveis e relacionados com a ação do EEER, ao método de organização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e aos projetos de melhoria contínua da qualidade, nas áreas de competências comuns e específicas do EEER. Descritivamente, a caracterização dos mesmos segue a ordem cronológica em que foram realizados, nas componentes clínicas: neurológica, cardiorrespiratória, musculoesquelética, pediatria, convalescença e comunidade.

Importa referir, também, que todos os contextos de estágio mencionados integraram diferentes Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e, com exceção do quarto estágio, o perfil de doentes representa a idade adulta.

### **Componente Neurológica**

O estágio da componente de neurologia decorreu num serviço hospitalar da região norte do país, no período compreendido entre 16/09/2024 a 11/10/2024.

Este serviço contempla as especialidades médicas de Medicina Interna e Neurologia, com 26 vagas de internamento. Os doentes admitidos no serviço provêm do serviço de urgência do

próprio hospital ou são transferidos de outras instituições hospitalares, em regime de colaboração, para tratamento e vigilância numa fase clínica pós-aguda.

Trata-se de um serviço composto por enfermarias mistas com quatro vagas dispostas, também, de dois quartos individuais para isolamento. Institucionalmente existe a possibilidade de acrescentar duas macas, distribuídas pelo espaço físico suplementar do próprio serviço, em situação de contingência institucional. Do total de vagas, quatro estão destinadas a doentes em situação neurológica aguda; oito destinadas a doentes neurológicos subagudos e as restantes (camas/macass) são atribuídas à especialidade clínica de Medicina Interna.

Atualmente, o serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar, cujos saberes são articulados em prol do cuidado à pessoa doente, sendo que um dos elementos em exercício é o EEER. O EEER desenvolve funções no período da manhã, das 8h às 15h, todos os dias úteis, prestando cuidados diferenciados a todos os doentes internados neste serviço, priorizando as necessidades específicas de reeducação, readaptação e reabilitação funcional, segundo alguns critérios como: a condição clínica atual da pessoa doente, o processo de continuidade de cuidados com base no potencial de recuperação da pessoa doente, o tempo previsível de internamento, as atitudes terapêuticas prescritas, o planeamento da alta clínica e a necessidade de preparação do ambiente familiar, para a integração da pessoa com deficiência adquirida e incapacidade funcional.

No que concerne às funções desenvolvidas pelo EEER, trata-se de uma metodologia individual. Este método de trabalho enfatiza a capacidade do EEER enquadrar uma *práxis* baseada em evidência científica, as experiências profissionais e formação diferenciada, com o contexto específico de atuação perante a individualidade da pessoa alvo de cuidados, inserido no quadro de competências e diretrizes coletivas profissionais (Vaughn et al., 2022).

Maioritariamente, neste serviço são admitidos doentes em fase aguda de doença neurológica, vítimas de AVC. Uma das práticas regulares dos profissionais deste serviço é a avaliação neurológica, sendo a mesma realizada em todos os turnos, com recurso à *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS). Esta metodologia preconiza a identificação da condição neurológica do doente, sendo que, uma alteração em qualquer um dos parâmetros avaliados, pode indicar melhora no estado neurológico ou constituir um sinal de alerta, que requer uma reavaliação.

Outra prática clínica regular é a avaliação da deglutição, parâmetro sistematizado singularmente pelo EEER, o qual utiliza a *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), cujo resultado culmina com a definição de um plano individual e diferenciado de intervenção, que promove a prevenção de complicações e a melhora funcional da pessoa com compromisso na deglutição.

Estas práticas clínicas, estão em consonância com as diretrizes de um projeto denominado *Quality in Acute Stroke Care* (QASC), que tem como objetivo avaliar o impacto da intervenção orientada por enfermeiros, para reduzir a morbilidade e a mortalidade após o AVC, com a

implementação nas primeiras 72 horas após o evento neurológico crítico, de três protocolos simples de gestão: da febre, da glicemia capilar e da deglutição, coletivamente conhecidos como *FeSS* (da sigla em inglês: *fever, sugar, swallowing*).

Garantida a estabilidade clínica da pessoa, o EEER inicia o mais precocemente possível, o processo de reabilitação funcional com o objetivo de promover e potenciar a neuroplasticidade, ou seja, a capacidade cerebral de organizar a estrutura e funções neuronais em resposta às lesões adquiridas com o AVC.

As competências no âmbito da identificação e avaliação das alterações que determinam as limitações e as incapacidades da atividade da pessoa exige a conceção e implementação de intervenções diferenciadas. Assim, os domínios mais aprofundados neste contexto de estágio, ostentaram intervenções intencionais para otimizar, readaptar e reeducar a função ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, eliminação, deglutição, tônus muscular e força muscular, função motora fina, equilíbrio, alimentação, comunicação, autocuidado, participação e inclusão da pessoa na sociedade com a orientação e gestão de recursos externos ao serviço.

Os recursos físicos e materiais do serviço, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação são variados, permitindo o seu exercício em função dos domínios comprometidos. Objetiva-se a existência de: a) dispositivos de estimulação cognitiva (diversos jogos interativos de estimulação cognitiva); b) dispositivos adaptados para o exercício músculo-articular de membros superiores e inferiores (cicloergómetro, halteres, bastões, bandas elásticas); c) dispositivos auxiliares de marcha e transferência (bastão de caminhada, andarilhos, cadeiras de rodas, tábuas de transferência, estabilizadores da articulação tibiotársica); d) dispositivos para reabilitação funcional respiratória (inspirómetros de incentivo de volume e fluxo, bastões, bandas elásticas, halteres, insuflador-exsuflador mecânico *Cough Assist*); e) dispositivos para treino de exercícios da função motora fina (dispositivos de carácter sensorial, como as pinças, molas, jogos de medalha e outros utensílios cuja utilização promovem a preensão digital); f) dispositivos relacionados com o tônus muscular (almofadas de diversos tamanhos para posicionamento antiespástico); g) dispositivos para treino de equilíbrio (espelho quadriculado, tapete para treino de equilíbrio); h) dispositivos para treino de propriocepção (discos propriocetivos, bolas sensitivas); i) dispositivos promotores da realização de autocuidado (esponjas para limpeza bucal, escova de dentes com sistema de aspiração integrado; copos recortados; talheres adaptados), entre outros.

Reconhecidamente, é um dos serviços onde existe mais material didático relacionado com o compromisso da deglutição, com a implementação de estratégias adaptativas promotoras da deglutição e prevenção de risco de aspiração. No que concerne à consistência dos alimentos, estas estratégias vão mais além da utilização de espessantes alimentares. Salienta-se, portanto, a utilização do diagrama que traduz a Iniciativa Internacional de Padronização de Dietas para Disfagia (*International Dysphagia Diet Standardisation Initiative - IDDSI*), que tem como objetivo

padronizar e descrever os alimentos de textura modificada a serem utilizados na pessoa com compromisso da deglutição.

Além de recursos físicos e materiais, é evidente a disponibilidade de toda a equipa em incrementar estratégias adaptativas para potenciar a recuperação e reabilitação da pessoa. Nesta vertente, acresce, também, a participação de outras disciplinas de conhecimento como a Neurologia, a Nutrição e a Medicina Física e Reabilitação, sendo que esta última, comporta a Terapia da fala, a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia, que complementam o plano interventivo junto da pessoa, sempre que necessário.

Quanto aos projetos de melhoria contínua da qualidade na área de Enfermagem de Reabilitação, estes estão relacionados essencialmente com os domínios do equilíbrio e da deglutição. Mais recentemente, o EEER é o mentor na formação da equipa de enfermagem para a aplicação do instrumento de apoio à tomada de decisão, relacionada com o compromisso na comunicação: *Aphasia Rapid Test* (ART), com o qual se estabeleceu uma estreita colaboração, para a sistematização e elaboração da normativa do serviço.

Especificamente, dada a fluência de casos de pessoas vítimas de AVC com compromisso na comunicação, concretamente na comunicação verbal expressiva, este estágio foi enriquecedor, potenciador e promotor do desenvolvimento de competências específicas neste domínio de interesse pessoal da área de Enfermagem de Reabilitação.

### **Componente Cardiorrespiratória**

Nesta componente, o estágio decorreu numa Unidade de Reabilitação Respiratória de Ambulatório, inserida nos cuidados de saúde hospitalares de uma Unidade Local de Saúde da região norte do país, no período compreendido entre 14/10/2024 e 24/10/2024.

A equipa de enfermagem é formada por oito profissionais de Enfermagem de Reabilitação, em que o método de trabalho é individual. Um dos elementos exerce funções de gestão e os demais desenvolvem a sua intervenção no domínio respiratório, no período das 8h às 15h, todos os dias úteis.

Os doentes são referenciados de toda a região norte do país para integrar o programa de reabilitação funcional respiratória. Numa primeira fase, são admitidos na consulta de Pneumologia onde são avaliados e, se preencherem os critérios clínicos estipulados, são aprovados para admissão neste programa.

O que se verifica é que, clinicamente, os doentes referenciados apresentam uma tipologia respiratória clínica obstrutiva, restritiva ou mista, com compromisso funcional respiratório grave, com descondicionamento muscular acentuado, múltiplas comorbilidades que requerem recursos diferenciados, vigilância e necessidade de intervenção clínica especializada. Antes de assumir a

integração neste programa, todos são submetidos à análise da sua condição clínica, com avaliação da patologia de base, as comorbilidades, os dados antropométricos e a realização de alguns testes de avaliação e diagnóstico como: a) Prova de Marcha de 6 minutos (PM6M), que permite avaliar a tolerância a pequenos e médios esforços, determinando a distância máxima que a pessoa consegue percorrer numa superfície plana, durante um período de 6 minutos; b) *Sit-To-Stand test* (STS) de 1 minuto, que permite estimar a força e a resistência funcional da pessoa em exercício; c) quantificação do número de passos durante o dia, com objetivo de enquadrar com a capacidade da pessoa; d) Ecocardiograma Transtorácico (EcoTT) em repouso, que permite avaliar a existência de alterações cardíacas morfológicas e/ou funcionais; e e) Prova de Esforço Cardiopulmonar (PECP), que propicia a análise do tempo máximo do exercício que a pessoa pode realizar em carga constante.

Da mesma forma, no início de cada programa de reabilitação funcional respiratória, é realizada uma avaliação específica por parte do EEER, da condição clínica emocional e física da pessoa, condicionadas pela patologia respiratória, utilizando alguns questionários, nomeadamente: *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS, escala de rastreio de sintomas de ansiedade e depressão; Questionário de Qualidade de Vida - Euro QoL, instrumento de medição da qualidade de vida relacionada com o valor da saúde da pessoa; *Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire* - mMRC, instrumento utilizado pela pessoa com doença respiratória para avaliar o seu nível de limitação nas AVD's, devido à dispneia; *COPD Assessment Test* - CAT, avalia a gravidade da doença pulmonar obstrutiva crónica em doentes com mais de 40 anos de idade e *London Chest Activity of Daily Living* - LCADL, que avalia o compromisso funcional da pessoa devido à dispneia, em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Os mesmos questionários são aplicados na última sessão do programa, com o objetivo de avaliar os ganhos em saúde.

Com a experiência clínica vivenciada neste estágio, foi possível o desenvolvimento de competências específicas no domínio da função respiratória. Além disso, destaca-se, também, uma ação interventiva avançada nos domínios cardíaco, força muscular, movimento articular, conservação de energia, comportamento de procura de saúde e autogestão do regime medicamentoso, concretizando intervenções direcionadas para AVD's, com os objetivos de reabilitação e reeducação funcional respiratória e participação na sociedade da pessoa com compromisso da função respiratória. De salientar, o desenvolvimento da capacidade de decisão clínica especializada na área da otimização e controlo da ventilação, limpeza das vias aéreas e prescrição individual do treino de exercício, para fortalecimento muscular de forma eficaz e segura.

Neste contexto, experienciou-se as condicionantes dos três diferentes protocolos estabelecidos de reabilitação funcional respiratória, designados de I, II e III, sendo os mesmos sustentados pela Orientação n.º 014/2019 da Direção Geral de Saúde, para Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2019).

O designado Protocolo I ou Alta Frequência, define um programa completo de treino de exercício estruturado e supervisionado, um módulo de educação em saúde e apoio psicossocial. A sessão de treino baseia-se em exercício aeróbio, de força muscular dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores em ginásio, com a tipologia de 20 sessões de 90 minutos, duas a três vezes por semana. Este ginásio dispõe de máquinas de musculação, halteres, bastões, passadeira elétrica, bicicleta estática, cicloergómetro, espelho quadriculado, entre outros recursos. Durante o treino está assegurada a monitorização da pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria sanguínea, a perceção subjetiva de esforço com recurso à Escala de Borg modificada e, quando necessário, o controlo eletrocardiográfico em atividade ou repouso. Todos os doentes são rastreados clinicamente com os testes anteriormente descritos, de forma a estabelecer os parâmetros alvo individuais do programa, sendo que o mesmo, dirige-se a situações clínicas específicas de pré ou pós-cirurgia. As sessões de formação educacionais e apoio psicossocial são realizadas em grupo e têm em vista a promoção de ganhos no conhecimento da pessoa, sobre a patologia respiratória e a sua adaptação funcional às AVD's. As mesmas incidem sobre a fisiopatologia das doenças respiratórias, com referenciação dos sinais de exacerbação da doença, técnicas de relaxamento e conservação de energia, regime medicamentoso com referência especial à técnica inalatória, controlo ventilatório, técnica da tosse, exercícios de fortalecimento muscular e técnica de drenagem autogénica/postural de secreções brônquicas.

O Protocolo II ou Média Intensidade (20 sessões) tem como objetivo a reabilitação respiratória com aquisição de ganhos funcionais a curto prazo, após episódio de exacerbação da doença respiratória ou pré-cirurgia. Neste programa, está preconizado o treino de técnicas de controlo respiratório, conservação de energia, técnica da tosse e exercícios para fortalecimento muscular. Fisicamente, no serviço existem três unidades de trabalho adaptadas para o efeito com maca articulada, cadeiras, diferentes almofadas e rolos de posicionamento, halteres, bastões, cicloergómetro, espelho quadriculado e dispositivos específicos para apoio da ventilação (inspirómetros de incentivo de volume e fluxo, *Threshold* e *Shaker*). Existe, ainda, uma outra unidade individual, utilizada para casos de isolamento profilático. Neste protocolo são, também, realizadas sessões educacionais de sensibilização de comportamentos promotores de saúde, nos mesmos moldes que no Protocolo I.

O Protocolo III ou Baixa intensidade (10 sessões), tem como objetivo a implementação de intervenções para otimização do controlo ventilatório e limpeza das vias aéreas. Neste módulo preconiza-se a instrução de técnicas de conservação de energia e promoção de mudança de estilos de vida. Este protocolo destina-se à pessoa que tem, essencialmente, patologia respiratória do tipo restritivo e encontra-se numa situação clínica pré ou pós operatória respiratória.

Neste serviço, os recursos materiais são diversos e não está identificada escassez dos mesmos. Além dos recursos previamente descritos, acrescenta-se os dispositivos necessários para

oxigenoterapia, cronómetros e podómetros, rampa e escadas que fazem parte da própria estrutura do edifício, oxímetros, esfignomanómetros, cardiofrequencímetros, carro de emergência e, obviamente, equipamentos de proteção individual utilizados pelo profissional de saúde. O espaço físico é limpo e desinfetado constantemente.

Após o término dos protocolos, a alta clínica do doente é confirmada com o profissional de Pneumologia em cooperação com o EEER, tendo em consideração os ganhos alcançados durante os diferentes programas. Após a alta clínica e, durante o período de um ano, é feito um acompanhamento por parte do EEER, via telefónica, em consulta de *follow up*, com o intuito de monitorizar a evolução clínica.

Quanto aos projetos de melhoria de qualidade, este serviço tem intrínseca a manutenção dos diferentes protocolos estabelecidos, admitindo a eficácia e pertinência dos mesmos, participando e divulgando as suas estratégias interventivas em congressos e em outros contextos de investigação científica.

### **Componente Musculosquelética**

O estágio da componente musculosquelética, decorreu desde o dia 28/10/2024 ao dia 15/11/2024, num serviço de ortopedia de um hospital público da região norte do país.

Este serviço tem uma capacidade física para 26 vagas de internamento, distribuídas por enfermarias com quatro camas, sendo que há dois quartos individuais para isolamento, podendo estes últimos serem utilizados independentemente do contexto patológico, face às necessidades da Instituição. Pontualmente, nas situações reconhecidas pela Instituição e definidas no plano de contingência interna, é possível a admissão de mais três vagas de internamento, distribuídas pelo espaço físico suplementar.

A equipa de enfermagem é composta por 23 elementos, dos quais quatro são especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O EEER exerce funções diárias, distribuídas no período da manhã e tarde, das 8h às 20h. Neste serviço, a totalidade dos doentes internados têm necessidade de cuidados sensíveis à intervenção do EEER, o que o torna mais exigente na organização dos cuidados de enfermagem.

O método de trabalho do EEER é individual. No início do turno da manhã, após a transmissão da informação clínica do doente que se realiza junto ao leito, é destacada a condição funcional da pessoa, a tipologia de cirurgia a que foi submetida, o potencial de recuperação, a determinação e planeamento da alta clínica, a identificação do prestador de cuidados e preparação da família para integrar a pessoa dependente no autocuidado no domicílio.

A tipologia de doentes são do foro ortotraumatológico e ortopédico, englobando cirurgias eletivas da anca e do joelho, tendo o serviço protocolos específicos para ambas. Na prática, na

ausência de intercorrências intra-cirúrgicas e pós-cirúrgicas da cirurgia eletiva da anca e do joelho, o primeiro levante é realizado nas primeiras 24 horas, após exercícios musculares isométricos e exercícios músculo-articulares ativos-resistidos de forma progressiva, realizados no leito. Às 48 horas, a pessoa inicia o treino de marcha com dispositivo auxiliar, complementado com o treino de fortalecimento muscular, sendo programada a alta clínica até às 72 horas posteriores.

O serviço tem, atualmente em vigor, um projeto de melhoria contínua de qualidade na área das competências específicas de Enfermagem de Reabilitação, que se reporta a uma plataforma digital para acompanhamento dos doentes no pré e pós-cirurgia eletiva do joelho, segundo alguns critérios de seleção estabelecidos. Este programa preconiza a monitorização do processo de reabilitação com a comunicação entre profissional de saúde (Ortopedista e EEER) e doente, por via digital, durante todo o processo cirúrgico. De salientar que na condição pré-operatória, é realizada uma consulta presencial e, após o período de internamento, é feito o acompanhamento do processo de reabilitação até às seis semanas.

De evidenciar ainda, que o EEER participa ativamente na consulta pré-operatório das cirurgias eletivas da anca e joelho, sendo estas realizadas semanalmente e em grupo. Nesta consulta são fornecidas informações e esclarecimentos do procedimento cirúrgico, do processo de reabilitação e da prevenção de complicações e quedas, das estratégias adaptativas e dos equipamentos adequados para a concretização do autocuidado.

Neste serviço, o enfoque de atenção pessoal recai no desenvolvimento de competências específicas na identificação das necessidades de cuidados inerentes à otimização, readaptação e reeducação da função a nível motor, sensorial, sexualidade e autocuidado, sem desvalorizar a participação da pessoa na sociedade, tendo em consideração a alteração nos fenómenos ortopédico e/ou traumatológico. O processo de tomada de decisão clínica no âmbito da área de especialização da Enfermagem de Reabilitação passa, também, pela avaliação e prescrição de produtos de apoio e ajudas técnicas promotoras da independência para as atividades inerentes ao autocuidado.

Este serviço está equipado estruturalmente com todas as provisões necessárias para desenvolver práticas de cuidados seguros e eficientes. Dispõe de diversos recursos materiais, ajudas técnicas e produtos de apoio: auxiliares de marcha diversos e de transferências diversos, materiais de reabilitação relacionados com a força muscular e movimento articular, ortóteses, artromotor, pedaleiras, diversos dispositivos de imobilização de membro superior e membro inferior, além de equipamentos de apoio como, por exemplo, almofadas triangulares, alteadores de sanita, calçadeiras, pinças de cabo longo, entre outros.

## **Componente Pediátrica**

O estágio da componente de pediatria decorreu no serviço de Neonatologia do mesmo hospital público, onde decorreram os estágios das componentes neurológica e musculoesquelética, desde o dia 16/11/2024 até ao dia 19/11/2024.

Neste serviço são prestados cuidados a crianças recém-nascidas prematuras ou com condição clínica patológica ao nascer. As admissões nesta Unidade, são originárias do serviço de urgência, da consulta de pediatria ou da transferência de outras Instituições do SNS, para continuidade de cuidados neonatais. Ainda, o serviço funciona em sinergia com a Unidade de Obstetrícia e Ginecologia do mesmo hospital, perante uma necessidade de cuidados neonatais.

Em termos físicos, tem capacidade de internamento para 16 recém-nascidos, com idades gestacionais superiores a 30 semanas, com quatro vagas de internamento de cuidados intensivos e doze de cuidados intermédios neonatais, distribuídas por incubadoras e berços.

O serviço dispõe de todos os recursos físicos inerentes aos cuidados neonatais. De referir que existe uma incubadora de transporte para situações em que a mesma seja necessária, quer se trate de situações internas ou externas à Instituição. Existe, ainda, uma sala para extração de leite materno, preparada com todos os dispositivos inerentes, sendo que a equipa de enfermagem mostra-se sempre disponível para prestar informações sobre este procedimento e intervém sempre que seja necessário.

A equipa de enfermagem é composta por 28 elementos, entre os quais um exerce em método de trabalho individual, cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, com um total de 13 horas por semana. À responsabilidade acrescida do EEER ficam os recém-nascidos com patologia respiratória aguda, com necessidades nutricionais aumentadas e os que têm suspeita de compromisso no desenvolvimento cognitivo.

A atuação do EEER, passa pela implementação de ações dirigidas à supressão de necessidades nutricionais da criança, promovendo a sua capacitação para a alimentação, de forma a satisfazer as necessidades energéticas essenciais para assegurar o desenvolvimento e crescimento estatuto-ponderal, e pela promoção de medidas de estimulação sensorio-motor, promissoras do neurodesenvolvimento. Quanto à reabilitação funcional respiratória, são implementadas estratégias dirigidas, com o objetivo de estabilizar a condição respiratória da criança, quer seja numa fase precoce ou numa fase mais tardia, prevenir as complicações respiratórias e contemplar a preparação dos pais/família para a alta clínica. Aqui, a intervenção do EEER promove a capacitação dos pais/família para lidar com o recém-nascido, de forma a torná-los o mais autónomos possível na gestão da situação clínica da criança, suprimindo as dúvidas sobre a condição patológica, alertando sobre os sinais precoces de descompensação respiratória e cuidados a ter. Além disso, é fornecida informação sobre a necessidade de minimizar o contacto com pessoas doentes, evitar ambientes nocivos e o cumprimento do plano

nacional de vacinação. Nos casos em que a criança com alta clínica necessita de aporte contínuo de oxigénio, é realizado o ensino, a instrução e treino de manuseamento de equipamento e dispositivos necessários. O mesmo acontece com as técnicas de limpeza das vias aéreas e das terapias inalatórias, sem esquecer a validação do esquema terapêutico medicamentoso, incentivando o cumprimento do mesmo.

Ainda, aos pais/família é-lhes fornecida toda a informação considerada pertinente para a integração nos cuidados à criança, quer a mesma seja em incubadora ou berço, desmistificando medos e anseios face à sua pequenez e aparente fragilidade. Tanto o EEER como restante equipa de enfermagem têm um papel crucial no ensino, instrução e treino de habilidades e competências. Da mesma forma, com o intuito de se estabelecer e fortalecer laços afetivos com os filhos, a equipa promove o desenvolvimento do método de contato pele-com-pele, através do método Canguru, tratando de ninhar o bebé ao colo da mãe ou do pai de forma afetiva.

De salientar a preocupação constante de toda a equipa na manutenção rigorosa das condições de higienização e assepsia, atendendo aos cuidados diretos ao recém-nascido.

Os projetos de melhoria do serviço que neste momento estão em vigor, relacionam-se com a promoção do papel parental, a promoção do aleitamento materno e a humanização de cuidados relacionados com a prematuridade. Além disso, o EEER tem em concretização um curso *online* de massagem terapêutica infantil, que se realiza uma vez por semana e é dirigido a todos os pais das crianças prematuras que recebem alta clínica do serviço, de forma gratuita. O objetivo deste curso, para além da instrução da massagem terapêutica, concebe a oportunidade de seguimento do desenvolvimento da criança após a alta hospitalar.

### **Componente Convalescença**

Esta componente de estágio decorreu numa Unidade de Convalescença (UC), alocada a um hospital privado da região norte do país, no período compreendido entre 25/11/2024 a 29/11/2024.

Este serviço é composto por 10 enfermarias duplas com um total de 20 vagas de internamento. Estruturalmente o serviço comporta, também, um ginásio exclusivo para a Fisioterapia e uma sala para Terapia Ocupacional.

Aqui são prestados cuidados a pessoas que, embora não necessitem de assistência hospitalar, apresentam uma condição clínica caracterizada pela recorrente descompensação de uma doença crónica, exigindo, assim, cuidados de saúde que não podem ser garantidos no domicílio. O internamento é, normalmente, de 30 dias, no qual se desenvolve cuidados de reabilitação funcional, cuidados médicos e de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

O objetivo inerente aos cuidados instituídos neste serviço é a capacitação da pessoa para o regresso ao domicílio, o mais independente possível para a realização das AVD's. Neste serviço verifica-se, também, o internamento de pessoas com doença crónica estável, que apenas aguardam a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e de pessoas em situação de necessidade de apoio social, que aguardam a sua integração em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Neste serviço, os cuidados de EEER desenvolvem-se no período das 8h às 15h, com uma carga semanal de 21h, em condição laboral de prestação de serviços. O método de trabalho é individual, no qual o EEER assume a responsabilidade pela prestação de cuidados durante o turno, dando apoio, sempre que solicitado, à Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e à Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM). Na prática, o que se verifica neste serviço, é que a promoção da capacitação da pessoa para o autocuidado é o foco de atenção privilegiado e prioritário no processo de intervenção do EEER, desafiando a mobilização de conhecimentos em diferentes áreas do saber.

Os recursos materiais existentes são reconhecidamente insuficientes, tendo sido identificados e considerados os aspetos a melhorar, brevemente.

Atualmente, não está implementado nenhum projeto de melhoria de qualidade no serviço, uma vez que se está numa fase de transição de objetivos institucionais, dada a recente alteração da tutela.

### **Componente Comunidade**

Este último estágio foi realizado, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), parte integrante de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região norte do país e decorreu no período de 12/12/2024 a 17/01/2025.

Esta UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar de 15 elementos, entre enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas com percursos diferenciados da disciplina (Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Comunitária; Enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa e Crónica; Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica), fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, médicos, nutricionistas e terapeutas da fala. Esta equipa de diferentes saberes coordena-se entre si, na prestação de cuidados a pessoas com necessidades de saúde complexas e que apresentam perda de autonomia e independência.

A atuação diferenciada da ECCI tem por finalidade a promoção de cuidados integrados e personalizados domiciliários. Estes cuidados, têm um cariz preventivo, curativo, de reabilitação

e paliativo, de acordo com as necessidades identificadas, sem descuidar a capacitação da família/cuidador para o cuidado da pessoa dependente na realização das AVD's. A tipologia da pessoa doente abrange, portanto, os cuidados domiciliários em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação clínica não requer internamento, mas necessita de prestação de cuidados de saúde primários.

Esta ECCI é composta por cinco elementos de Enfermagem de Reabilitação, que desempenham funções no horário das 8h às 20h, em turnos rotativos de 7horas. Nos fins-de-semana e feriados, o horário de funcionamento é das 9h às 17h. No total, são 20 doentes que integram o plano de atuação da equipa da ECCI, pelo período de 90 dias consecutivos. A sua referenciação é realizada através do centro de saúde de inscrição, da Equipa de Gestão de Altas (EGA) do hospital onde a pessoa estiver internada, ou por outras Instituições da RNCCI, como a UC, a UMDR, a ULDM ou Unidade de Paliativos (UP). Findo este período de 90 dias e atingidos os objetivos propostos, é considerada a alta para continuidade de cuidados com o médico e enfermeiro de família. Quando a equipa da ECCI avalia a necessidade de continuidade de cuidados específica, inicia-se o processo burocrático de referenciação para outras valências da RNCCI.

Na prática, o que está estabelecido é que cada EEER é o gestor de caso de seis/sete doentes, cuja planificação dos cuidados é realizada segundo as necessidades identificadas, com visitas domiciliárias programadas. Esta metodologia de gestão de caso, enfatiza a liderança por um EEER, cuja atuação deve ser apoiada por práticas baseadas em evidência, com responsabilidade sobre a coordenação dos cuidados prestados à pessoa, em parceria com outros profissionais de enfermagem, garantindo a continuidade dos cuidados de uma forma holística e integrativa.

De salientar que um dos EEER, para além das funções de gestão, intervém nos cuidados à pessoa, cuja condição de saúde permitiu a alta clínica da ECCI, mas que tem critérios para integrar um programa de treino de exercício de manutenção do foro musculoesquelético, que se desenvolve no ginásio da UCC, e que corresponde a um dos projetos de melhoria da qualidade deste serviço.

Semanalmente, realiza-se uma reunião da equipa multidisciplinar da UCC, que proporciona a otimização da comunicação, colaboração e coordenação entre os membros, aumentando a clarificação de papéis e a discussão de planos de intervenção, facilitando a tomada de decisão clínica e a capacidade de trabalho em equipa, de acordo com os objetivos de intervenção estabelecidos.

Neste último estágio foram desenvolvidas competências na identificação das necessidades de intervenção para otimizar, readaptar e reeducar a função dos processos corporais aos níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação, sexualidade e autocuidado, promovendo a participação da pessoa na sociedade e promovendo a sua QdV e da sua família/cuidador.

A implementação de intervenções específicas, no meio domiciliário, propiciou a identificação de barreiras arquitetónicas, de suporte familiar e social, o que permitiu estruturar um plano de intervenção mais aquedado às necessidades reais e à utilização otimizada de recursos sociais existentes. Isto influenciou, positivamente, a potencialidade do programa de reabilitação proposto pelo EEER. Da mesma forma, surgiu a oportunidade de aproximação da figura do papel de cuidador, com o objetivo de ensinar, instruir e treinar técnicas e estratégias facilitadoras dos cuidados prestados à pessoa dependente.

A ECCI dispõe de diversos recursos materiais que são facilmente transportáveis para o contexto domiciliário. No entanto, frequentemente, são usados recursos simples e casuais, tais como as garrafas de água e sacos de arroz como halteres; feijões e plasticina para treino da motricidade fina; paus de vassoura, bastões e bengalas, para os treino de exercícios nos domínios da função cardíaca e respiratória, entre outros. Todos estes materiais são facilmente encontrados nos domicílios e utilizados segundo a eficiência do método e dos objetivos pretendidos, desde que com criatividade. De realçar um equipamento de uso frequente, o TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*, em português Neuroestimulação Elétrica Transcutânea), usado para alívio da dor em processos crónicos ou agudos, associados a condições patológicas musculares e osteoarticulares. Durante a permanência nas instalações da ECCI, foi possível identificar um outro aparelho electroestimulador, o Ultrassom, cuja utilização infere num grande potencial de melhoria nos processos patológicos musculares e articulares. Apesar da existência deste último recurso, o desconhecimento sobre a sua utilização e eficácia era unânime na equipa, o que motivou a realização de uma sessão de formação para partilhar conhecimentos subjacentes à parametrização do dispositivo e a sua aplicabilidade eficaz e segura.

Um dos projetos de melhoria da qualidade do serviço, já referenciado anteriormente, está relacionado com os exercícios músculo-articulares de manutenção, após alta da ECCI. Um outro projeto implementado, é dirigido aos prestadores de cuidados, com o desenvolvimento de ações de formação sobre estratégias facilitadoras dos cuidados a prestar à pessoa dependente e a sua correlação com as condicionantes sociais associadas ao papel de cuidador. Este projeto exige a colaboração e participação ativa de toda a equipa multidisciplinar da UCC, nomeadamente, para a gestão de assuntos burocráticos.



### **3. ESTUDO DE CASO: A PESSOA COM AVC**

Homem de 74 anos, vítima de AVC hemorrágico em território do lobo cerebral frontal esquerdo, com repercussão ao nível motor e na comunicação, especificamente na comunicação verbal expressiva.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

No presente capítulo, será apresentado o caso clínico e a respetiva conceção de cuidados.

Exibe-se, também, um enquadramento teórico, com a finalidade de demonstrar conhecimento sobre os conceitos centrais e conexos à Enfermagem de Reabilitação. Apresenta-se um enquadramento da condição patológica do AVC, uma vez que este foi o evento neurológico preditor do compromisso no domínio da comunicação da pessoa protagonista do estudo de caso. Da mesma forma, expõe-se uma contextualização do conceito de comunicação, com ênfase na comunicação verbal expressiva, em articulação com o conceito de afasia.

Na prática profissional do EEER, os referenciais teóricos proporcionam uma base concetual sólida, que ajuda a fundamentar uma prática clínica eficiente e de qualidade daí que, será realizada uma abordagem da teoria do autocuidado e da teoria das transições. Ambas, permitem compreender os fenómenos em estudo, explicar os processos envolvidos nas intervenções específicas na área de Enfermagem de Reabilitação e os resultados alcançados.

Na exposição do estudo de caso, pretende-se explanar o processo de conceção de cuidados na área de Enfermagem de Reabilitação, refletindo a tomada de decisão por parte do EEER, tendo em consideração uma transição de saúde-doença.

Reconhecidamente, o EEER é detentor de habilidades que permitem avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações, que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa; concebe planos de intervenção para promover capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde-doença; e implementa as intervenções com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções corporais (Regulamento n.º 392/2019). Desta forma, importa recordar que o processo de enfermagem, “ajuda o enfermeiro a abordar de forma holística as situações que podem causar problemas (...) sendo uma competência-chave na prática da enfermagem (...) e um modelo sistemático de tomada de decisão.” (Carpenito-Moyet, 2007, p.18-25).

### • **Apresentação do caso clínico**

O Sr. MX (nome fictício) tem 74 anos de idade (D.N.: julho/1950), é caucasiano, destro, cognitivamente íntegro e tem o sexto ano de escolaridade.

Como antecedentes clínicos pessoais tem descrito: tabagismo no passado (há mais de 30 anos) e HTA não medicada. Avaliação antropométrica: peso - 71kg e altura - 1.71m (IMC: 24,28 - Normal). Como antecedentes patológicos familiares, salienta-se o falecimento da mãe aos 40 anos e de um dos seus irmãos, ambos vítimas de doença cardíaca, e o pai aos 86 anos, vítima de acidente doméstico com máquina agrícola.

Não faz terapêutica farmacológica e não tem alergias conhecidas.

Tem hábitos alimentares típicos de uma dieta mediterrânea, com quatro refeições diárias, ingerindo, ocasionalmente, um copo de vinho ao almoço.

O seu padrão de sono é regular de 6-8 horas, no período noturno.

Realiza caminhadas matinais diárias, tendo um estilo de vida maioritariamente sedentário.

Na manhã do dia 23/09/2024, recebeu a visita da sua irmã no domicílio, a qual objetivou um discurso lentificado e parcialmente incompreensível. Por volta das 11h, foi levado para o serviço de urgência do hospital mais próximo da área de residência tendo ficado internado, nesse mesmo dia, na unidade de agudos - Unidade AVC, com o diagnóstico clínico de Hemorragia cerebral espontânea em território do lobo frontal esquerdo.

### **Avaliação familiar**

No sentido de facilitar a identificação das condições pessoais e a perceção dos vínculos familiares e sistemas alargados do Sr. MX, expõem-se o Genograma e o Ecomapa, representados, respetivamente, nas Figuras 1 e 2.

Estes dois instrumentos são úteis na sistematização de informação da estrutura interna e externa do Sr. MX e família, e na relação estabelecida entre os seus elementos e o meio no qual o mesmo está inserido (Barbosa et al., 2021).

Figura 1 - Genograma

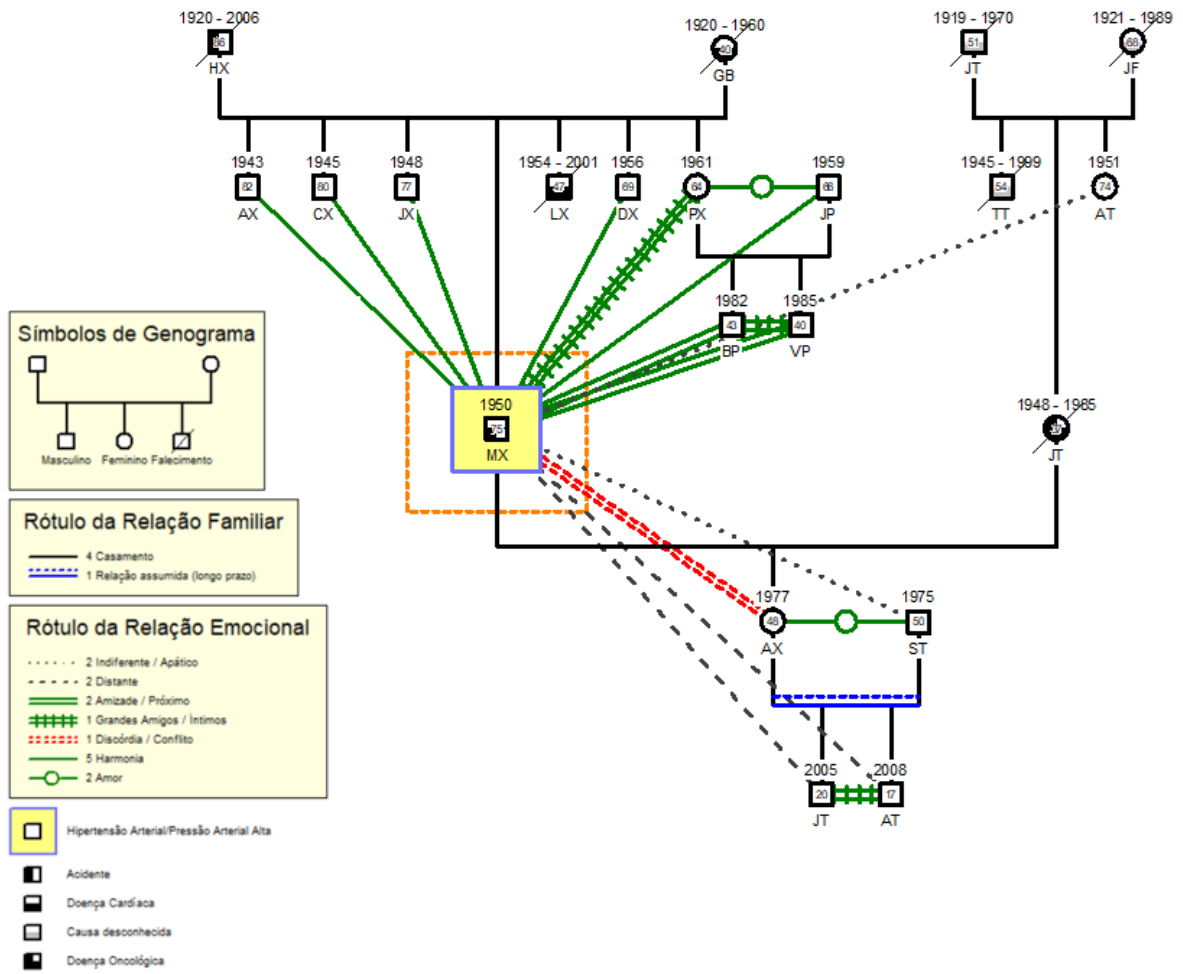
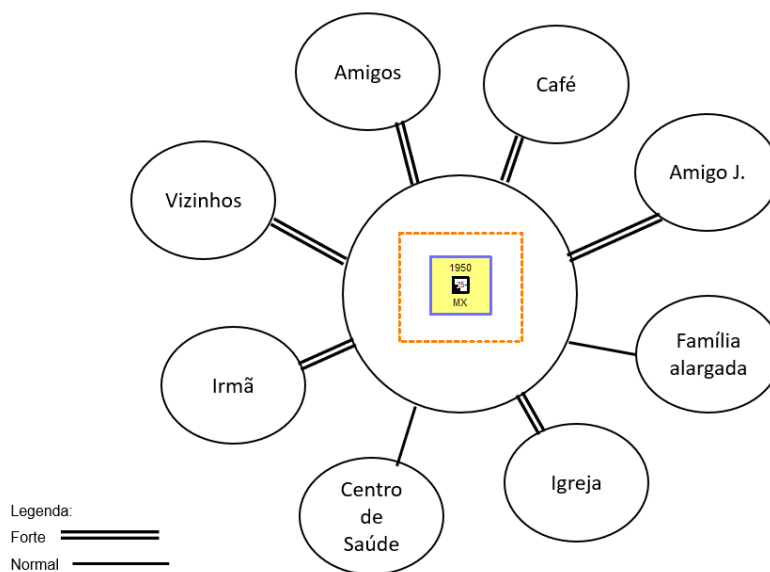


Figura 2 - Ecomapa



Pela análise do Genograma, verifica-se o Sr. MX é o quarto filho de uma linhagem de sete irmãos. Vive sozinho, sendo estabelecidos, formalmente, os requisitos do conceito de uma família unipessoal.

O SR. MX é reformado da construção civil, viúvo desde os seus 35 anos de idade e comenta que “nunca mais quis ter uma relação amorosa”, tendo sido a sua esposa, a única mulher com quem perspetivou uma vida longa. Do seu casamento, nasceu uma filha, a qual teve que educar sozinho desde tenra idade, uma tarefa para a qual teve sempre o apoio da sua irmã mais nova.

Com a filha não tem uma relação afetiva, pelo contrário, a sua relação é conflituosa desde o período de adolescência da mesma. Tem dois netos com quem convive muito esporadicamente, aquando de reuniões da família alargada, considerando ter uma relação distante com os mesmos.

Com os seus irmãos mantém uma relação cordial, não sendo frequentes os momentos de convívio, em exceção da irmã mais nova, com quem tem uma forte ligação afetiva.

Reside em Portugal continental desde há 10 anos. Durante os anteriores 20 anos, esteve a residir na região autónoma da Madeira.

Vive numa casa ao lado da sua irmã e família. Todos os dias almoça e janta em casa da irmã, sendo que a mesma o apoia nas tarefas de limpeza e higienização da sua casa, todas as semanas. O Sr. MX tem uma relação distante com o seu cunhado, devido a discordâncias familiares do passado e uma relação próxima com os seus dois sobrinhos.

Como rede de relações externas, o Sr. MX passa pouco tempo em casa, preenchendo grande parte do seu tempo no Café da rua onde vive, a jogar jogos de tabuleiro com os seus amigos e vizinhos, com quem tem uma relação afável, de cordialidade e entreaajuda. Em particular com um desses amigos, o Sr. J., tem uma relação de grande proximidade, sendo o seu companheiro nos passeios matinais e nas saídas em lazer.

Quando está em casa dedica-se à leitura em geral e a assistir a programas de entretenimento na televisão.

A sua relação com a equipa do Centro de Saúde é escassa, considerando-se uma pessoa sem grandes necessidades de acompanhamento em saúde.

No âmbito das crenças religiosas, o Sr. MX é católico e frequenta todos os fins-de-semana a igreja, participando ativamente na celebração da missa.

Vive numa casa térrea de tipologia T1, com boa exposição solar, equipada com cozinha, casa de banho completa com base de duche, sala de estar e quarto. Apesar de não utilizar para o efeito, tem uma garagem que usa como local de arrumos. Trata-se uma habitação independente, com boas condições de habitabilidade e com um pequeno espaço de lazer exterior. Nas traseiras da casa tem uma pequena horta e algumas árvores de fruto plantadas. O acesso ao

interior/exterior é térreo, sem degraus. Pela descrição realizada, o domicílio apresenta condições arquitetónicas adequadas, uma vez que foi o lar de uma pessoa usuária de cadeira de rodas, anteriormente, à aquisição por parte do Sr. MX. Assim sendo, a cozinha tem armários baixos para facilitar o alcance a todos os utensílios, os corredores e as portas têm boa largura e na casa de banho existem barras de apoio no duche e nas laterais da sanita.

#### • **Contextualização teórica e concetual relativamente ao caso clínico**

No contexto do estudo de caso mencionado, o enquadramento teórico deste relatório, define alguns conceitos conexos à Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de melhorar a compreensão do mesmo e contextualizar as bases concetual e científica utilizadas.

Importante, antes de mais, salientar que a Enfermagem de Reabilitação, como especialidade em enfermagem, tem como alvo a pessoa com necessidades de cuidados especiais ao longo de todo o ciclo vital (OE, 2018). Através de intervenções especializadas, o EEER objetiva a otimização do potencial funcional, a independência e a autonomia da pessoa, minimizando o impacto da alteração da funcionalidade na sua vida quotidiana, promovendo melhor QdV.

Assim, é de citar que a OE (2018) caracteriza a pessoa com necessidades de cuidados especiais ou atividade limitada, como aquela que, ao longo do ciclo vital, está impossibilitada de executar independentemente e sem ajudas, as atividades humanas básicas ou tarefas como resultado da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza temporária ou permanente (OMS, 2004).

Importa referir, também, que a pessoa com deficiência é entendida como aquela com alteração de funções ou estruturas corporais, congénitas ou adquiridas, com necessidades específicas que, combinadas com fatores ambientais, limitam a sua atividade e participação na sociedade de forma igualitária (Decreto-Lei n.º 38/2004). Estes dois conceitos previamente mencionados, enquadram-se com a condição de saúde que retrata o compromisso na comunicação do Sr. MX, especificamente, o compromisso da comunicação verbal expressiva.

Pelo exposto, compreende-se que a ocorrência de um evento gerador de incapacidade, ou seja, uma deficiência adquirida, limitação de atividade ou restrição de participação na sociedade (OMS, 2004) afeta, diretamente, a QdV, como é o caso das alterações inerentes a um compromisso na capacidade da pessoa comunicar verbalmente.

O EEER, na sua ação interventiva, deve centrar-se no potencial funcional da pessoa, contribuindo para a sua capacitação no desenvolvimento de estratégias adaptativas para comunicar eficazmente. Os ganhos obtidos na otimização desta capacidade funcional, resultam na melhoria da interatividade entre as funções e estruturas corporais, nas atividades e na participação representativa da interação entre a pessoa e os seus fatores pessoais e ambientais (OMS, 2004).

Do mesmo modo, quando existe uma mudança provocada por um evento crítico que obrigue ao ajuste da pessoa ou do ambiente, poder-se-á falar em transição (Meleis, 2010). Uma transição é entendida como uma passagem de um estado estável para outro estado estável, quando surge uma mudança. Neste contexto, o EEER é o profissional de saúde dotado de conhecimentos e competências especializadas, que visam facilitar este processo de transição e capacitar a pessoa e a sua família para a reinserção social.

A aquisição de conhecimentos e competências especializadas resulta de um percurso de formação avançada, que envolve a aquisição, o desenvolvimento e a aplicação de conhecimentos e técnicas em contextos clínicos, por meio de uma prática crítico-reflexiva. Tendo em conta esta circunstância, destaca-se o exercício profissional do EEER, contextualizando, teoricamente, os conceitos inerentes à condição de saúde, com a vivência da pessoa protagonista do estudo de caso, o Sr. MX, cujo compromisso na capacidade de comunicar de forma verbal expressiva surge na consequência de um AVC.

### **O Acidente Vascular Cerebral: um evento neurológico preditor do compromisso na comunicação verbal expressiva**

Em análise de dados objetivos, o AVC é uma das principais causas de morte, incapacidade e invalidez em todo o mundo (European Stroke Organization, 2021; Campbell & Khatri, 2020; Knight-Greenfield et al., 2019; Katan & Luft, 2018), sendo a segunda causa de morte mais comum na União Europeia, e uma das principais causas de morte e incapacidade permanente em adultos (DGS, 2021; Wafa et al., 2020).

Em Portugal, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, de tal modo que correspondem a 25,9% dos óbitos ocorridos, estando as doenças cerebrovasculares responsáveis por 7,7% dessas mortes; sendo 9,8 o número médio de anos potenciais de vida perdidos em relação a outras doenças cardiovasculares, pelo seu amplo efeito negativo a nível individual, familiar e social (INE, 2023).

Estima-se que desde 2017 até 2047, o número de pessoas que vivem com AVC aumente 27% (Wafa et al., 2020; DGS, 2006). Este facto, pode ser explicado devido às alterações demográficas projetadas que indicam o aumento da população envelhecida. Apesar do AVC ser considerado uma doença ligada ao envelhecimento, a realidade atual mostra que, também, há casos de jovens que sofrem AVC's e estima-se que a probabilidade de sobrevivência seja maior, devido à implementação generalizada de estratégias de prevenção, melhores cuidados e tratamento (DGS, 2006). Desta forma, a procura de cuidados de reabilitação também aumentará o que, economicamente, traduz grandes desafios financeiros e logísticos (Wafa et al., 2020).

Uma das causas mais comuns que concorre para a alteração da comunicação, é o AVC

(Hallowell & Chapey, 2008). Nos doentes que sofreram AVC, verifica-se a existência de distúrbios a nível da comunicação e linguagem com percentagens de 21% a 38%, segundo Hur & Kang (2021), Lima & Colaboradores (2020) e Pereira (2017). De forma corroborativa, outros autores descrevem que 30% a 40% das pessoas que sofreram este evento neurológico agudo, manifestam esta perturbação (Anemaat et al., 2021; Sheppard & Sebastian, 2020; Pedersen et al., 2003). Aliás, aproximadamente 60% dos sobreviventes do AVC, apresentam compromisso consistente da comunicação um ano após o AVC ( Baker et al., 2021; Sheppard & Sebastian, 2020). Estudos mais recentes, revelam que a alteração na capacidade de comunicar afeta cerca de um terço das pessoas que sofreram este evento agudo o qual, tem um impacto significativo também no humor, na autoimagem, no bem-estar, nas atividades de lazer e nas oportunidades sociais (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Para além do AVC, existem outras patologias que podem provocar alterações na comunicação, dentro das quais se encontram os traumatismos crânio-encefálicos, as cirurgias cerebrais, as infeções, os tumores cerebrais, as doenças degenerativas e a exposição a agentes neurotóxicos (Nasios et al., 2019; Micoch & Metter, 2008; Roth & Worthington, 1997).

Em termos fisiopatológicos, o AVC traduz-se, genericamente, numa interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea com conseqüente perda de fluxo sanguíneo, nutrientes e oxigénio, o que danifica ou destrói regiões do cérebro. Desta interrupção ou bloqueio resultam sinais clínicos de distúrbios focais da função cerebral, com uma duração superior a 24 horas e, em casos concretos, como resultado, verifica-se a morte da pessoa (Ferreira et al., 2022; Knight-Greenfield et al., 2019; DGS, 2017; Menoita et al., 2012).

Decorrentes da sua etiologia existem dois tipos de AVC, o isquémico e o hemorrágico. Apesar do AVC isquémico ser o responsável pela maioria dos eventos cerebrovasculares (cerca de 85%), estudos indicam que o AVC hemorrágico é responsável por mais mortes e anos de vida perdidos por incapacidade (Katan & Luft, 2018).

O AVC isquémico refere-se a um défice neurológico de início súbito, por via de uma lesão vascular focal, com manutenção dos défices para além das 24 horas, ou lesão isquémica aguda documentada em exames imagiológicos. Caracteriza-se por um estreitamento ou oclusão dos vasos sanguíneos, causando isquemia com morte tecidual da região afetada (Kuriakose & Xiao, 2020). A região cerebral afetada depende do vaso intracraniano, onde o fluxo sanguíneo foi suprimido, do fluxo sanguíneo contralateral, da anatomia vascular e da pressão arterial sistémica. A área de isquemia cerebral com disfunção reversível entorno da área de enfarte, designa-se de penumbra isquémica e, se o fluxo sanguíneo não for restaurado, também esta progride para área de enfarte, causando insuficiência energética e conseqüente necrose celular (Smith et al., 2018). As lesões resultantes do AVC isquémico são focais e provocam sinais clínicos delimitados, que correspondem à perda da função desempenhada pela área cerebral afetada, deixando os restantes tecidos intactos e capazes de processar informação (Caldas,

2000; Habib, 2000).

Por sua vez, o AVC hemorrágico define-se como a rotura de uma artéria, com posterior derrame sanguíneo, associado a alterações neurológicas. Quando os vasos sanguíneos estão debilitados ou sob uma pressão incomum, pode ocorrer o AVC hemorrágico, com sangramento para o interior do cérebro (hemorragia intracerebral) ou para o espaço subaracnoídeo, causando uma hemorragia subaracnoídea (Figueiredo et al., 2020). Secundariamente, a hemorragia pode dissipar-se ou formar uma massa, aumentando a pressão intracraniana e provocando uma lesão mais extensa do que a inicial (Caldas, 2000). Fatores como a pressão sanguínea elevada, tabagismo, obesidade e dieta com alto teor de gorduras saturadas, são fatores de risco específicos do AVC hemorrágico. As anormalidades dos vasos sanguíneos presentes desde o nascimento, uma protuberância nas artérias cerebrais (aneurismas cerebrais), uma ligação anormal entre as artérias e as veias no cérebro (malformações arteriovenosas), lesões traumáticas, tumores, inflamações dos vasos sanguíneos (vasculites), distúrbios hemorrágicos e o uso de anticoagulantes em doses excessivamente altas, aumentam o risco de AVC e de morte, devido a uma maior predisposição de hemorragia intracerebral (Safouris et al., 2023).

O AVC é uma neuropatologia complexa, sendo que a maioria das incidências é de origem multifatorial, associando determinantes ambientais e genéticos, de classificação modificável ou não modificável (Deuschl et al., 2020). A prevenção é fundamental para reduzir a incidência da doença e, conseqüentemente, reduzir as sequelas e os altos custos no tempo de hospitalização e no processo de reabilitação (Marianelli et al., 2020).

Os principais fatores de risco concomitantes do AVC isquémico e hemorrágico, classificados como modificáveis para o desenvolvimento da doença vascular cerebral são, principalmente, a hipertensão arterial sistémica, tabagismo, diabetes, dislipidemia, dieta, obesidade, cardiopatias e o alcoolismo (Breijyeh & Karaman, 2020; Marianelli et al., 2020; Gagliardi, 2015). Dos fatores de riscos não modificáveis destacam-se: a idade avançada, o sexo, a raça, o histórico familiar e a localização geográfica (Rodrigues et al., 2017).

Anatomicamente, o cérebro divide-se em unidades diferenciadas, que podem ajudar a compreender os défices encontrados aquando de um evento neurológico vascular: os hemisférios cerebrais direito e esquerdo, que são irrigados pela artéria carótida ou circulação anterior; os hemisférios posteriores e o tronco cerebral, que são providos pela artéria vertebro basilar ou circulação posterior (Teassel & Hussein, 2018).

Objetivamente, existem diferenças se a lesão ocorrer no hemisfério cerebral à direita ou hemisfério cerebral à esquerda, no que diz respeito às alterações evidenciadas em termos motores, sensoriais e cognitivos ( Deuschl et al., 2020; Cancela, 2008). Segundo Beckwée & Colaboradores (2022), se a lesão ocorrer no hemisfério direito, pode objetivar-se, essencialmente, um compromisso do sistema musculoesquelético, que é o principal responsável pela incapacidade física na população após AVC, manifestando-se em: fraqueza muscular;

alteração do tónus muscular (espasticidade); diminuição do controlo muscular, com alteração da motricidade fina (preditivamente, são consideradas as forças necessárias nos dedos da mão para levantar/preensão de um objeto); alterações sensoriais (hipostesias) no hemisfério esquerdo e, ainda, compromisso das funções cognitivas. Se a lesão for no hemisfério esquerdo estes défices motores verificam-se no hemisfério direito (Hallowell & Chapey, 2008).

Geralmente, após um AVC no hemisfério esquerdo ocorrem, também, distúrbios na comunicação, quer seja na comunicação verbal expressiva ou comunicação verbal recetiva, que se traduzem na dificuldade adquirida na produção e/ou compreensão da linguagem, respetivamente (LaCroix et al., 2021). Estes distúrbios variam segundo as características específicas do AVC, tais como, o tamanho e a localização da lesão, com especial atenção para a extensão do envolvimento da massa branca (Turkeltaub, 2019). Neste caso concreto, a recuperação é condicionada pela plasticidade neural ou neuroplasticidade, pois esta permite que outras regiões assumam novos papéis no processamento da linguagem (Wilson & Schneck, 2021).

As consequências clínicas do AVC no domínio da comunicação, manifestam um importante impacto negativo no desempenho das atividades diárias da pessoa, o que dificulta o processo de reabilitação. A isto acresce, que as mesmas consequências se manifestam em simultâneo com alterações em vários outros domínios, como os já referidos anteriormente e, inevitavelmente, no domínio do autocuidado: alimentação, banho, vestir e despir, uso do sanitário e transferências (SIGN, 2010).

Todas estas alterações físicas e psicológicas deverão ser consideradas no processo de diagnóstico do EEER, na medida em que o AVC pode afetar diversos sistemas neuronais cerebrais, quer seja no cenário agudo, subagudo ou crónico (Patterson & Chapey, 2008). Tal facto, justifica a importância da avaliação clínica das suas possíveis manifestações, seja ao nível da estrutura psicológica, da estrutura corporal, das dimensões da função corporal, das atividades e da participação da pessoa na sua própria vida pessoal, familiar e social. Segundo Nogles & Galuska (2022), o processo de reabilitação pode estender-se de semanas a um ano, para atingir um novo nível básico de recuperação, no entanto, esta recuperação varia, significativamente, de pessoa para pessoa.

Em termos práticos, a intervenção do EEER deve realizar-se em todos os ambientes de cuidados de saúde e em todas as fases desses mesmos cuidados (WHO, 2019). O EEER, reconhecidamente, desempenha uma função crucial na reabilitação da pessoa vítima de AVC, pois é o profissional que mantém uma relação terapêutica privilegiada com a pessoa e possui uma visão integrada dos fatores pessoais e contextuais de todo o processo de recuperação (Gutenbrunner et al., 2022).

Numa fase aguda, os cuidados baseiam-se em apoiar funções básicas do corpo como: a respiração, as funções cardiovasculares, a pele, as funções neuromusculares, a nutrição, a

mobilização precoce e o autocuidado (Thompson et al., 2016). Numa fase subaguda, o foco de atenção centra-se mais na mobilidade, autocuidado e intervenções específicas, como a gestão da eliminação urinária/intestinal e a utilização de dispositivos de apoio, tornando-se essencial, nesta fase, incluir orientações concretas às pessoas e à sua família (Thompson et al., 2016). Nos cuidados de longa duração, ou seja, numa fase crónica, os cuidados específicos devem incluir a otimização de posicionamentos, das mobilizações músculo-articulares e do treino dos domínios do autocuidado (Thompson et al., 2016).

A avaliação sustentada e diferenciada por parte do EEER à pessoa que sofreu um AVC, permite orientar o processo de enfermagem (Branco & Santos, 2010). Neste processo, o EEER não deve descuidar a identificação das comorbilidades, os défices neurológicos, a capacidade e o potencial de recuperação da pessoa, a limitação da atividade ao nível do autocuidado e as atividades de vida diária mais complexas, o estado cognitivo, a capacidade para participar no seu próprio processo de reabilitação e a perspetiva de retorno à vida em comunidade (Gutenbrunner et al., 2022). Da mesma forma, é essencial que determine o impacto que a alteração da comunicação verbal expressiva representa para a pessoa, independentemente da fase de cuidados em que se encontra após o AVC (Winstein et al., 2016), devendo atuar neste domínio sensível à sua intervenção especializada, em prol da promoção da capacidade da pessoa para comunicar de uma forma verbal e expressiva, sendo este o enquadramento pretendido neste relatório.

### **Contextualização teórica: o conceito de comunicação**

A comunicação é uma das capacidades mais nobres e distintivas de que o Homem dispõe. Sendo uma atividade humana básica, permeia todas as ações, interações e relações humanas (Georgiou & Kambanaros, 2023). A evolução da espécie humana está muito relacionada com a capacidade de comunicação entre pares daí que, as perturbações na comunicação de etiologia neurológica, têm um elevado impacto na dimensão biopsicossocial daqueles que a detêm (Magalhães, 2018; Barros, 2016).

A primeira referência de uma alteração da comunicação, surge na sequência de uma lesão cerebral e encontra-se num papiro egípcio, o qual menciona que muitos soldados ficaram com alterações na capacidade de se expressar, depois de terem sofrido traumatismos cerebrais durante uma batalha militar. Durante várias décadas, houve a discussão se a comunicação, assim como outras capacidades cognitivas, estariam localizadas no cérebro. Nos meados do século XIX, alguns autores defenderam a hipótese da existência de dois órgãos da comunicação: um responsável pela articulação das palavras e o outro pela memória dessas mesmas palavras. Isto surge em contrassenso com outros investigadores, que defendiam que todas as capacidades cognitivas e sentimentais estavam integradas de forma holística no cérebro (Fonseca, 2018).

É da discussão entre vários autores, entre eles, o neurologista francês Paul Broca, que surge a declaração formal de especialização hemisférica da linguagem, do lado esquerdo do cérebro, em 1865. Anos mais tarde, já na década de 70, o neurologista alemão Carl Wernicke, postula que o centro da memória das palavras, se conecta com o local responsável pelos movimentos para a produção oral e, portanto, nem todos os casos de perturbação da linguagem correspondiam a lesões na área descrita por Broca (Fonseca, 2018).

Estas descobertas constituíram um enorme estímulo para os investigadores da época, e abriram um período de intensa discussão sobre as bases cerebrais da comunicação. Em virtude da II Guerra Mundial, com o reconhecimento de vários jovens militares com alterações da comunicação resultantes de traumatismo no cérebro, entendeu-se que o caminho da investigação nesta temática, deveria compreender melhor o processo da comunicação e a forma como pode ser realizado o percurso da recuperação e reabilitação (Fonseca, 2018). Com o passar dos anos, o desenvolvimento de técnicas de imagem cerebral, marcaram um ponto de viragem na compreensão do sistema nervoso e a oportunidade de estudar o cérebro numa perspetiva funcional, atendendo à compreensão das funções cognitivas e, em particular, da comunicação (Martins, 2018).

A comunicação tem um significado fundamental para o Ser que vive em sociedade, não só pela sua realização social mas, também, intelectual, sendo que uma perturbação a esse nível, pode reduzir a capacidade de interagir com os seus semelhantes, induzir à perda de autoestima e da participação social (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2019, p. 45), a comunicação corresponde a um “comportamento interativo: dar e receber informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”. Esta dimensão está presente no quotidiano do Ser humano, articulando-se nas suas ações de forma voluntária, através da comunicação verbal, ou espontânea, através da comunicação não verbal.

No início da vida, a pessoa expressa-se de forma não verbal, com gestos que traçam os sentidos do tato, audição, visão ou paladar. Com o passar do tempo, a pessoa começa a comunicar verbalmente, onde há necessidade de uma expressão verbal objetiva e assertiva, como forma de inserção no meio social (Ramos & Bortagarai, 2012).

Segundo Hoeman (2011), o ato de comunicar é uma atividade complexa, que envolve competências cognitivas, linguísticas e motoras. A cognição pode influenciar a eficácia da comunicação, pois compreende a perceção, a atenção, a memória e os processos visuo-espaciais (Blake, 2018). A componente linguística, refere-se à forma e ao conteúdo daquilo que se expressa verbalmente. A linguagem e a cognição são, portanto, partes fundamentais para que a comunicação aconteça de forma eficaz, sendo que os défices em qualquer um destes aspetos pode afetar a capacidade comunicativa (Darshini et al., 2021). A competência motora, ou seja, a fala, é o meio de comunicação exclusivo do ser humano, tratando-se de uma

atividade dependente de aspetos neurológicos, que possibilita o planeamento motor, a execução motora e o planeamento linguístico da comunicação (Fonseca, 2018).

Facilmente se confundem os conceitos de comunicação e linguagem. Apesar de terem significados diferentes estão intimamente relacionados, sendo impossível a sua dissociação. É fundamental compreendê-los, bem como os mecanismos que lhes estão subjacentes.

A linguagem é o “sistema de sinais simbólicos utilizado por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo e receptivo” (Boss & Wilkerson, 2011, p.525). A linguagem, refere-se à relação e ordenação das palavras de acordo com as regras convencionais, permitindo assim expressar a atividade cerebral, designada por pensamento. Já o termo comunicação, evidencia “pôr em comum (...) partilhar ideias, emoções e cultura” (Sequeira, 2016, p.2). A comunicação, enquanto processo dinâmico e interativo, envolve a transmissão e receção de mensagens entre as pessoas, utilizando diferentes modalidades, como a oralidade, a linguagem não verbal e os meios digitais, sendo essencial para a interação social, para a construção de conhecimento e desenvolvimento das sociedades (Martino, 2022). Ambos conceitos, compreendem as dimensões verbal e não-verbal.

Quanto à linguagem, há vários processos inerentes à sua eficácia, nomeadamente: o desenvolvimento de pensamento; a seleção, a formulação e a ordenação de palavras; a aplicação de regras gramaticais e a iniciação de movimentos musculares para produzir a fala (Boss & Wilkerson, 2011). A comunicação comporta, segundo Sequeira (2016), três dimensões: a sintaxe (transmissão da informação); a semântica (significado da informação) e a pragmática (efeitos comportamentais da comunicação verbal e não verbal).

Relativamente à comunicação verbal, esta define-se como “aquela que é transmitida através da linguagem escrita ou falada, por meio dos sons e palavras”; enquanto que a comunicação não verbal “compreende as expressões emitidas pelas atitudes corporais (...) em maior parte das vezes, sem que estejamos conscientes do que estamos emitindo” (Santos, 2005, p.434).

De forma sucinta, a comunicação verbal expressiva é o ato motor que permite a transmissão de sons, de palavras e de frases. É o modo oral de transmitir mensagens, que envolve coordenação neuromuscular e induz movimentos orais para que se produzam sons (Fonseca, 2018).

Atendendo à ontologia de enfermagem e considerando a plataforma e4nursing, para a estratificação de conceitos inerentes à conceção de cuidados, considera-se a terminologia comunicação verbal, na especificidade deste relatório, a comunicação verbal expressiva. No entanto, este termo ou conceito, no âmbito de outras disciplinas do conhecimento, é frequentemente, designado por afasia, que na especificidade deste relatório, refere-se à afasia motora, tal como já foi previamente referido. Assim sendo, o conceito de afasia, será explorado neste relatório, tendo em consideração a sua forte correlação concetual com a definição do compromisso na comunicação verbal expressiva, caracterizada pela privação parcial da

capacidade da pessoa em usar a linguagem oral para se expressar verbalmente.

### **Contextualização teórica: o conceito de afasia**

A definição do conceito de afasia, devido à sua ampla dimensionalidade, não tem sido unânime ao longo dos tempos. A adoção de uma definição uniforme, alinhada com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), impulsionou o avanço científico e concetual, além de aumentar a consciencialização sobre esta questão de saúde (Berg et al., 2022; Simmons-Mackie et al., 2020).

De uma forma comum, afasia define-se por uma “perturbação adquirida da linguagem, que compromete a capacidade de comunicação humana” (O'Sullivan et al., 2019, p.2). Esta condição clínica, resulta sempre de uma lesão cerebral que afeta as áreas responsáveis e estruturantes dos centros de linguagem (Hoeman, 2011), ou seja, surge como consequência de danos nas áreas cerebrais responsáveis pelos *input* e *output* linguísticos (Cancela, 2008). Isto reforça a premissa que o cérebro é o órgão principal do processo de comunicação (Nasios et al., 2019).

Em definições mais recentes, a afasia é considerada uma perturbação da comunicação, causada por uma lesão adquirida da linguagem após lesão cerebral focal, que pode afetar a QdV da pessoa (Berg et al., 2022; Northcott, Marshall & Hilari, 2016).

Segundo American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2019), a afasia ocorre por lesões cerebrais agudas, sendo mais frequentes no hemisfério cerebral esquerdo, sendo este reconhecido como o hemisfério dominante para a linguagem. Contudo, a natureza da afasia e a forma de comunicação variam em função do hemisfério cerebral afetado. Geralmente, nas lesões do hemisfério cerebral esquerdo, a comunicação verbal está mais prejudicada, enquanto que nas lesões do hemisfério cerebral direito, a comunicação não verbal está mais comprometida (Rousseaux et al., 2010).

Esta realidade prende-se com o facto de o hemisfério cerebral esquerdo, estar envolvido no processamento das capacidades verbais. Além disso, Ferro & Pimental (2013), corroborados por Martins (2018), descrevem que a capacidade de linguagem está lateralizada no hemisfério cerebral esquerdo nas pessoas destras (cerca de 96%) e na maioria das pessoas canhotas (cerca de 76%). Neste seguimento, a função da linguagem reside no hemisfério esquerdo em pessoas destras e em cerca de dois terços das pessoas canhotas; no outro terço das pessoas canhotas, grande parte da função da linguagem reside no hemisfério direito (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

É amplamente reconhecida pelo profissional de enfermagem, a importância de identificar a área cerebral que se correlaciona com o compromisso da comunicação, o que implica conhecer os mecanismos neuronais e os processos envolvidos na mesma (Ardila, 2014). Isto deve-se ao fato

da comunicação ter a sua génese em mecanismos e processos neuronais biológicos subjacentes à sua eficácia.

Os avanços científicos e as pesquisas em neurologia e comunicação, melhoraram a compreensão da forma como o cérebro funciona, bem como, das áreas relacionadas à comunicação e à produção da linguagem (Hoeman, 2011).

Ainda, pode considerar-se, como principal origem da afasia, uma lesão a nível da artéria cerebral anterior e média (Ferro & Pimentel, 2013). No entanto, é importante realçar que o fornecimento sanguíneo dos lobos frontal, parietal e temporal, e as correspondentes áreas cerebrais da fala, são irrigadas por uma ramificação da artéria carótida interna. Por sua vez, esta artéria, no seu trajeto intracraniano, divide-se em artéria cerebral média ou silviana e artéria cerebral anterior. Entende-se, por este motivo, que todas as anomalias da perfusão desta artéria, vão dar origem a alterações na capacidade de comunicação (Nogles & Galuska, 2022; Padilha, 1999). Compreende-se, assim, que várias regiões no hemisfério esquerdo, tanto corticais como subcorticais, são caracterizadas como críticas para a função da linguagem (Nogles & Galuska, 2022).

A linguagem é o resultado da interação de diversas regiões cerebrais, circuitos córtico-subcorticais e feixes de substância branca, e abrange os processos pelos quais os pensamentos são convertidos numa sequência ordenada de *inputs* e *outputs* motores, produzindo o discurso (O'Sullivan, Brownsett & Copland, 2019).

Esta capacidade linguística do ser humano envolve os quatro lobos cerebrais - frontal, temporal, occipital e parietal (Pierce et al., 2017). Quando um desses lobos cerebrais, irrigados por uma artéria cerebral, segundo o seu território vascular, sofre uma lesão, surge uma afasia, com as características que as distinguem (Wilson & Hula, 2019). Assim, pode entender-se a alteração da comunicação, correlacionando-a com o tipo de afasia, com recurso ao entendimento sobre as regiões lobares cerebrais envolvidas neste processo.

O lobo frontal é o maior lobo dos hemisférios cerebrais e as suas funções incluem a função motora voluntária, como a marcha, e as funções motoras superiores como a cognição, a memória e a própria personalidade (Ody & Norris, 2017; Guyton & Hall, 2011). Este lobo cerebral, pode ser subdividido em área pré-frontal, área pré-motora e área motora, sendo uma área com estreita relação com o córtex motor para a seleção, planeamento e coordenação de movimentos voluntários motores (Alcock et al., 2023; Friederici & Chomsky, 2017). Uma das áreas mais importantes desta zona é a área de Broca (áreas 44 e 45 da citoarquitetura de Brodman), onde são planeados os padrões motores para a expressão das palavras (Goucha & Friererici, 2015). As áreas pré-motoras, em conjunto com a área de Broca, participam na programação motora do discurso, ou seja, na formação do discurso verbal, enquanto que a área de Broca, de forma unitária, parece estar mais especializada no processamento sintático, semântico e memória fonológica (Martins, 2018). Uma lesão neste lobo cerebral causa afasia

não fluente, com defeitos do processamento sintático e fonológico, mas com relativa integridade de processamento semântico, dependendo do tamanho e da extensão da lesão às regiões subcorticais (Xiang et al., 2010). Sabe-se, também, que uma lesão cerebral nesta área de Broca, poderá comprometer o córtex motor adjacente à musculatura da orofaringe, laringe e aparelho respiratório, comprometendo o ato motor de falar. Da mesma forma, pode evidenciar uma reduzida articulação de palavras, levando à utilização de um tom mais baixo da fala e qualidade nasal da voz (Friederici & Chomsky, 2017; Sahin, 2009; Bookheimer et al., 2002; Padilha, 1999).

O lobo temporal, fica situado sob o osso temporal na região lateral do crânio. É dividido pela fissura de Sylvius, anteriormente ao lobo frontal e, superiormente, ao lobo parietal, não existindo uma barreira anatómica definida entre o lobo temporal e occipital. Este lobo cerebral é responsável pela interpretação dos estímulos provenientes do exterior ao Homem. Aqui, situa-se a área para onde confluem todas as áreas de interpretação sensorial (somática, visuais, auditivas) denominadas de área de Wernicke, que corresponde à conhecida área 22 da citoarquitetura de Brodman. Ainda, a área de Wernicke, estando anatomicamente próxima à área auditiva primária, tem a capacidade de segmentar os sons do discurso e participar na decodificação fonológica (Wise et al., 2001; Castro-Caldas, 1999). Desta forma, uma lesão nesta área cerebral, resulta em afasia grave, caracterizada por um discurso incompreensível ou utilização de sinais ilegíveis quando a pessoa tenta escrever. Além disso, a pessoa tem dificuldades no discurso fluente, na compreensão e repetição em voz alta e considera a comunicação escrita e oral que lhe é apresentada, como uma língua irreconhecível (Wise et al., 2001).

O lobo occipital é responsável pela percepção visual. Lesões nesta área cerebral, impedem a pessoa de reconhecer objetos familiares e/ou a linguagem escrita (Wise et al., 2001). Uma lesão nas áreas 18 e 19 da citoarquitetura de Brodman, não impede a pessoa de ver as palavras, mas impossibilita-a de reconhecer o que está escrito, ou seja, permite interpretar os estímulos auditivos e somáticos mas incapacita-a de interpretar os estímulos visuais.

Já o lobo parietal, situado imediatamente atrás do lobo frontal, é responsável pelas áreas interpretativas sensoriais e somáticas, permitindo a integração das sensações percebidas nas regiões contralaterais do corpo relativo ao esquema corporal no espaço, toque, pressão, dor e reconhecimento das formas e texturas dos objetos (Wise et al., 2001; Padilha, 1999).

Em forma de síntese, segundo Martins (2018), Caldas (2017) e Menoita & Colaboradores (2012), os mecanismos neuronais da comunicação verbal estão, maioritariamente, localizados nas regiões peri-sylvicas cerebrais à esquerda, existindo três áreas que merecem especial atenção: a área de Broca e as suas sub-regiões (situada no lobo frontal inferior, e responsável pela expressão da linguagem); a área de Wernicke (situada na junção do lobo parieto-temporal, e responsável pela compreensão da linguagem falada) e o giro angular (entre a área de Wernicke e o córtex visual, sendo uma área importante na leitura e funções não-verbais da linguagem).

Em termos práticos e sob o ponto de vista fisiológico, para que a comunicação verbal ocorra, os mecanismos neuronais processam-se da seguinte forma: 1) a área giro angular, interliga a visão de um objeto ao nome, transmitida pelo córtex auditivo primário e pelas áreas auditivas; b) ao visualizar um objeto, as imagens são transmitidas, através do córtex visual primário e das áreas de associação visual dos lobos temporal posterior e occipital; c) após essa conexão inicial com o nome apreendido pela área auditiva, é estabelecido *input* para a Área de Wernicke, para identificação dos sons e das palavras; d) tais ligações estimulam o giro angular, lembrando memórias visuais do objeto e é na Área de Broca, que todo este processo adquire a componente verbal e, portanto, são desenvolvidas as palavras (Hoeman, 2011).

Sabe-se, também, que lesões em áreas anteriores do hemisfério cerebral esquerdo, estão relacionadas, sobretudo, com problemas de produção e de articulação das palavras, ao passo que lesões cerebrais em zonas posteriores, estão associadas a dificuldades de compreensão, sem problemas de articulação (Hillis, 2007). Além disso, os estudos das lesões cerebrais e a sua associação com as diferentes técnicas de imagem, que foram surgindo ao longo dos tempos, colocaram em evidência a capacidade de reorganização da linguagem no cérebro, ou seja, a plasticidade cerebral ou neuroplasticidade (Martins, 2018). Esta terminologia torna-se mais evidente, quando a aquisição normal da capacidade de linguagem, após uma lesão cerebral, é reorganizada objetivamente no hemisfério direito, ou em áreas cerebrais intactas do hemisfério esquerdo, durante a recuperação da afasia no adulto (Lauterbach et al., 2010; Saur et al., 2006).

Apesar de, historicamente, serem encontrados vários métodos clínicos de classificação dos subtipos da afasia, a designação mais utilizada é a de Boston, tendo sido desenvolvida por Norman Geschwind, Frank Benson, Harold Goodglass e Edith Kaplan em 1960. Segundo esta classificação, a afasia pode ser dividida em: Afasia de Broca; Afasia Transcortical Motora; Afasia Global; Afasia Transcortical Mista; Afasia de Wernicke; Afasia Transcortical Sensorial; Afasia de Condução e Afasia Anômica (De Aguiar & Rofes, 2018; Magalhães, 2018).

Enquadrada com esta classificação, que dá ênfase à localização da lesão cerebral, diferentes conceitos de afasia foram propostos e são encontradas na literatura com diferentes dicotomias, de acordo com diferentes investigadores: “expressiva/recetiva”; “motora/sensorial”; “anterior/posterior”; “tipo Broca/tipo Wernicke” e “fluente/não fluente”. Contudo, de acordo com literatura, ocorrem padrões gerais de défices de comunicação, associados aos diferentes tipos de afasia que, em termos gerais, evidenciam a existência de afasias diferenciadas em dois grandes grupos: as afasias fluentes e as afasias não fluentes (Magalhães, 2018).

Genericamente, a pessoa com afasia fluente é capaz de falar facilmente com poucas hesitações, ainda que as palavras produzidas (faladas ou escritas) possam não ser as palavras reais ou não transmitir de forma exata aquilo que pretende. Habitualmente, estas pessoas têm mais dificuldades em compreender do que expressar pelo que é, muitas vezes, denominada de afasia recetiva. A afasia recetiva é causada por lesões do lobo temporal e, por isso, é chamada,

também, de afasia posterior. São exemplo de afasias fluentes: Afasia de Wernicke; Afasia Transcortical Sensorial; Afasia de Condução e Afasia Anômica (De Aguiar & Rofes, 2018).

No que diz respeito à pessoa com afasia não fluente, esta evidencia a produção de poucas palavras e o seu discurso pode ser mal articulado e/ou produzido com esforço. Estas pessoas tendem a compreender melhor o discurso do que a produzir esse mesmo discurso, sendo esta afasia, muitas vezes, designada de afasia de expressão e, habitualmente, causada por lesões no lobo frontal. São, também, chamadas de afasias anteriores. São exemplos de afasias não fluentes: Afasia de Broca; Afasia Transcortical Motora; Afasia Global; Afasia Transcortical Mista (Halowell, 2017),

Nesta classificação, anteriormente descrita, no que diz respeito à especificação do tipo de afasia, devem ser considerados os seguintes parâmetros da linguagem: o impacto ao nível da capacidade de nomeação, ao nível da fluência do discurso (discurso espontâneo ou conversacional), ao nível da capacidade de compreensão oral, ao nível da capacidade de repetição de palavras, ao nível da escrita e ao nível da leitura de material de complexidade diversa (Sheppard & Sebastian, 2021; Fonseca, 2018; DGS, 2010; Rabassa, Plaja & Serrat, 2006).

O parâmetro **nomeação**, pode ser entendido como a capacidade de evocar a palavra certa, e relaciona-se com a capacidade de atribuir o nome apropriado a um dado objeto, bem como, com os processos de organização da sequenciação dos fonemas na produção do discurso (Castro-Caldas, 1999). Segundo De Aguiar & Rofes (2018), a **fluência** do discurso, traduz a capacidade da pessoa falar de forma encadeada e sem pausas, produzir frases coerentes em diversas situações de comunicação, demonstrando o uso imaginativo e criativo da linguagem. Ao analisar o discurso resultante da conversa espontânea entre pares, consegue-se discriminar a fluência do discurso, sendo o aspeto que se define pela continuidade e/ou esforço com que se produzem as unidades linguísticas (Magalhães, 2018; Castro-Caldas, 1999). A **compreensão oral**, refere-se ao reconhecimento do som como linguagem, a sua análise e atribuição de significado, auxiliada pela memória lexical (Castro-Caldas, 1999). A capacidade de **repetição** de palavras, implica a pessoa ser capaz de repetir uma palavra ouvida, ou seja, exige da pessoa descodificar essa mesma palavra e ser capaz de a reproduzir (Rohkamm, 2004). A **leitura**, exige o reconhecimento e aplicação daquilo que simbolizam as letras isoladamente (grafemas), a sua união e o seu aspeto gráfico visual, considerando as suas cadeiras sonoras (fonemas). Além disso, se a pessoa não é capaz de reter na memória o que leu, a compreensão do texto passa a ser reduzida. Além disso, para que a leitura seja eficaz, a pessoa deve ser capaz de emparceirar palavra/objeto, assim como, responder a questões simples, após a leitura de um texto (Gilmore et al., 2005; Noble et al., 2000). A **escrita**, exige um sistema estruturado de comunicação visual, no qual os elementos ou símbolos escritos, representam os elementos da linguagem oral (Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala, 2020). É o processo eficiente de transmissão de informação, que requer não só conhecimento linguístico e cognitivo mas, também, capacidades

motoras ao nível da córtex superior. A pessoa para escrever deve possuir os sistemas semânticos, sintáticos lexicais e fonológicos intactos, assim como, uma boa capacidade de memória, caso contrário, não consegue expressar-se através da escrita (Burda, 2011).

Existem especificidades quando às definições singulares dos diferentes tipo de afasia, quer seja das afasias fluentes ou não fluentes. Resumidamente, dentro das afasias não fluentes, a Afasia de Wernicke ou sensorial, traduz-se numa lesão cerebral que afeta a chamada área de Wernicke. As pessoas afetadas com este tipo de afasia, sentem dificuldades em compreender a linguagem oral e escrita. Costumam falar fluentemente e com um ritmo natural, mas as frases saem formuladas com palavras confusas e podem não se aperceber que estão a dizer coisas sem sentido. A maioria das pessoas, também é incapaz de ler palavras e escrevem da mesma maneira que falam, de forma fluente, mas incompreensível (Da Graça, 2017).

Na Afasia Transcortical Sensorial, a pessoa perde a capacidade de realizar associações semânticas. Conseguem formular frases curtas e com sentido superficial, mas sentem dificuldades ao nível da compreensão oral. Relativamente à capacidade de repetição, a pessoa consegue repetir, no entanto, não compreende o significado da palavra que repete. A capacidade de leitura e compreensão da escrita podem ser afetadas. Quanto à expressão escrita é difícil de entender, uma vez que a pessoa escreve da mesma forma que fala (Gomes, 2021).

A Afasia de Condução é relativamente incomum, tendo características similares à de uma pessoa com afasia de Wernicke. Contudo, existe uma melhor capacidade de compreensão da linguagem (nomeadamente, na compreensão auditiva), pois a pessoa tem noção dos erros que comete, ao contrário de uma pessoa com afasia de Wernicke. A pessoa pode falar e compreender com relativa normalidade, mas com algumas pausas ao falar, por não encontrar a palavra adequada e não conseguir substituí-la por outra correspondente (parafasia). A leitura também está muito afetada. Os grafismos da escrita estão preservados, mas com numerosos erros durante um ditado ou quando escreve uma frase de forma espontânea (Magalhães, 2018).

Na Afasia Anômica, a capacidade de leitura, escrita e compreensão auditiva continuam intactas, porém, existe dificuldade em nomear, por exemplo, o nome de um objeto (Goodglass & Kaplan, 2005). A pessoa apresenta um discurso fluente com pausas e, quando se depara com um bloqueio que não o permite nomear, tenta substituir a palavra pela descrição da função que representa essa mesma palavra. Na leitura e na escrita podem surgir alguns erros, sendo mais evidente a dificuldade para encontrar a palavra apropriada para escrever. Comparada com outros tipos de afasia, esta é aquela que apresenta melhor prognóstico, em termos de recuperação (Magalhães, 2018).

Na esfera das afasias fluentes, a Afasia de Broca ou afasia motora, está presente nas situações de lesão cerebral, contidas na região do cérebro, conhecida como área de Broca. Se esta área estiver lesionada, a pessoa consegue em geral, entender o significado das palavras e saber

como responder. No entanto, têm dificuldade em encontrar as palavras que querem dizer e a repetição de frases pode tornar-se complexa. As palavras são articuladas de forma lenta, com grande esforço e sem ritmo ou ênfase normais. A escrita também poderá ser afetada (Aguiar & Rofes, 2018).

Na Afasia Transcortical Motora, a pessoa possui boa compreensão auditiva e escrita e, no âmbito da repetição, as suas competências mantêm-se intactas. No entanto, possuem uma linguagem expressiva espontânea reduzida, isto é, não fluente. Sentem dificuldades em iniciar uma conversação, formular frases longas e a gerir um discurso fluente (Aguiar & Rofes, 2018). Durante a leitura e escrita não são detetadas dificuldades, apesar de, habitualmente, não compreenderem o que leem. Este tipo de afasia pode evoluir para uma afasia anómica, caso existam melhorias (Yourganov et al., 2015).

A Afasia Global ou afasia total, é a forma mais grave de afasia e surge como resultado de uma destruição massiva das zonas da linguagem, em que a capacidade de falar, ouvir, ler e escrever encontram-se extremamente afetadas, assim como a expressão e a compreensão verbal. Com frequência, a pessoa apresenta mutismo ou emite sempre a mesma palavra (estereotipia). A repetição é nula. A compreensão auditiva é muito limitada e, em termos de discurso, apenas algumas expressões são compreensíveis (Aguiar & Rofes, 2018; Rodrigues & Castro-Caldas, 2014).

Afasia Transcortical Mista, conforme o próprio nome indica, é uma combinação das características da transcortical motora e da transcortical sensorial. Caracteriza-se pela dificuldade na nomeação, na produção de um discurso espontâneo e na compreensão da linguagem. No entanto, não existem dificuldades na capacidade de repetição, recitar, completar palavras e frases. A capacidade de leitura e escrita encontram-se muito afetadas (Garcia, 2018).

Com base na relação dos parâmetros mencionados anteriormente, é possível discriminar a tipologia da afasia, tal como apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Tabela-resumo da relação do tipo de afasia e funções linguísticas (Fonte: adaptado de Fonseca, 2018)

	Funções linguísticas					
Tipos de Afasia	Nomeação	Fluência	Compreensão oral	Repetição	Leitura	Escrita
<b>Afasia de Wernicke</b>	Perturbada	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Afasia Transcortical Sensorial</b>	Perturbada	Fluente	Perturbada	Mantida	Mantida	Perturbada
<b>Afasia de Condução</b>	Perturbada	Fluente	Mantida	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Afasia Anômica</b>	Perturbada	Fluente	Mantida	Mantida	Mantida	Perturbada
<b>Afasia de Broca</b>	Perturbada	Não Fluente	Mantida	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Afasia Transcortical Motora</b>	Perturbada	Não Fluente	Mantida	Mantida	Pode ser boa	Pode ser boa
<b>Afasia Global</b>	Perturbada	Não Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Afasia Transcortical Mista</b>	Perturbada	Não Fluente	Perturbada	Mantida	Perturbada	Perturbada

Desta classificação, é necessário excluir as perturbações do funcionamento cerebral sensorial e cognitivo, que sejam responsáveis pela desorganização cognitiva induzida pela confusão mental, demência, alterações motoras, que intervêm na perceção sensorial (surdez, hipoacusia, cegueira) ou na expressão de mensagem linguística (perdas traumáticas ou por doença evolutiva do sistema vocal), cognitiva ou psiquiátrica (Fonseca, 2017; Padilha, 1999).

A afasia não afeta a inteligência, mas antes, dissimula a inteligência da pessoa e a sua capacidade de pensar e tomar decisões (Kagan & Simmons-Mackie, 2013), tendo um impacto significativo na sua vida, com limitação na comunicação entre pares, nos papéis, relações e participações sociais, no acesso à informação e serviços comunitários, nos direitos cívicos e culturais (Berg et al., 2022; Brown et al., 2012).

Os problemas decorrentes da afasia, da capacidade da pessoa em comunicar resultam, muitas vezes, em sentimentos de sofrimento emocional, frustração, baixa autoestima, solidão, raiva e

ansiedade (Hilari et al., 2012; Reis, 2018). Tais situações acarretam, também, uma capacidade de decisão de vida mais restrita, quando comparadas com as pessoas sem patologia relacionada com a capacidade eficaz de comunicação (Baker et al., 2020; Kearns, Kelly & Pitt, 2019; Simmons-Mack et al., 2018; Rousseaux, et al., 2010).

Trata-se de um fenómeno complexo, que ultrapassa as dificuldades para usar ou compreender a linguagem fixando-se, também, nas consequências interativas e relacionais, pois é através da comunicação e da linguagem que se baseiam as relações (Matos, 2012; Stefanelli & Carvalho, 2004).

A afasia mascara as competências de quem a apresenta e afeta o seu funcionamento em todos os seus papéis e AVD's, influenciando, negativamente, a igualdade de direitos e o bem-estar emocional. Além disso, a pessoa com afasia apresenta uma maior taxa de mortalidade e morbidade, níveis mais baixos de participação social, baixas taxas de regresso ao trabalho e um risco, quase três vezes maior, de sofrer de depressão (Godecke et al., 2021).

Compreende-se, assim, que se trata de um problema com consequências significativas para a pessoa e, desta forma, torna-se imperativo uma abordagem clínica e específica deste domínio, pois o ato de comunicar é uma necessidade básica do Ser humano, com a qual demonstra as suas dificuldades e vontades (Tomey & Alligood, 2002).

Sandt-Koenderman & Colaboradores (2012), reforçam ainda mais esta ideia, ao afirmar que a comunicação, na sua complexidade de comunicação verbal expressiva, é a chave para a participação social e, nesta perspetiva, um dos principais objetivos do processo de reabilitação, é impedir o isolamento social da pessoa, através da otimização da comunicação com o seu meio envolvente. Ao ser possível para uma pessoa, comunicar de forma verbal e expressiva, é-lhe permitido transmitir pensamentos, emoções e necessidades, de forma clara e eficaz, fortalecendo as relações interpessoais, promovendo a compreensão mútua entre pares. Além disso, contribui para uma maior autonomia e independência, possibilitando a tomada de decisões sobre questões básicas da vida e uma participação ativa na sociedade. A comunicação verbal expressiva quando eficaz, impacta diretamente o bem-estar emocional da pessoa, prevenindo sentimentos de frustração e isolamento, reforçando a autoestima e a segurança nas relações sociais. Da mesma forma, é um pilar essencial para a aprendizagem e desenvolvimento contínuo de um pensamento crítico e interativo com o mundo à sua volta.

Esta perspetiva, reforça a importância da intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, em prol da promoção da comunicação verbal expressiva, objetivo central de todo o processo de reabilitação abordado neste relatório. Tal relevância, torna-se ainda mais evidente, no caso de uma pessoa que sofreu um AVC e do qual resultou uma afasia motora e, portanto um compromisso na comunicação verbal expressiva, sendo imprescindível uma ação diferenciada por parte do EEER.

### **Processo de tomada de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, perante a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva**

Enquadrando o exercício profissional do EEER, com o desenvolvimento de conhecimento científico e necessidade de incorporar, continuamente, novas descobertas da investigação, reconhece-se a imperatividade da sua ação diferenciada, de acordo com o alvo e o contexto da intervenção clínica.

Sustentado pela ontologia de enfermagem, este relatório debruça-se sobre o domínio sensível à atuação do EEER - comunicação verbal expressiva -, como consequência de um evento neurológico agudo, neste caso, o AVC. Desta forma, imperativamente, a atuação especializada como EEER, teve um propósito intencional, intrínseco ao processo de tomada de decisão clínica, relativamente a este domínio.

A interação comunicacional justifica a aventura existencial do Ser humano, não sendo difícil reconhecer o impacto que um compromisso na comunicação verbal expressiva provoca nas suas ações (Baker et al., 2020). Como já referido, a dimensão desta perturbação neurogénica, o seu impacto e peso do ponto de vista pessoal, familiar e social, determinam a intervenção do EEER sendo, por isso, reconhecida e justificada a sua ação face a esta necessidade clínica (Carvalho & Vital, 2018). Tal fato, justifica uma ação interventiva, tendo como objetivo principal desenvolver estratégias promotoras da comunicação verbal, o mais eficaz possível, englobando as funções associadas à expressão da linguagem oral (ASHA, 2007).

A reabilitação da comunicação verbal expressiva, como sequela do AVC, é muito variável e deve ocorrer de uma forma sistemática e individualizada para cada pessoa (Matos, 2018). Esta reabilitação pode ser associada à melhoria do compromisso da comunicação e funcionamento da linguagem ou, entendida como um processo de aprendizagem e adaptação às dificuldades na comunicação verbal e expressiva. Neste contexto, a pessoa precisa aprender a viver de forma bem sucedida com o diagnóstico da afasia (Holland, 2007) sendo, neste caso concreto, a afasia motora. Aqui, as intervenções do EEER, são concebidas para disponibilizar à pessoa um ambiente terapêutico, unificador do cuidado e da comunicação, tendo como objetivo potenciar a capacidade da pessoa, para lidar e ultrapassar a sua incapacidade e reconstruir a sua autonomia e independência o mais possível (Leal, 2018).

Falar em provável recuperação da afasia, é dar enfoque à plasticidade neuronal ou neuroplasticidade, em que os neurónios de outras áreas do cérebro não afetadas pela lesão, podem assumir determinadas funções, que eram realizadas anteriormente pelos neurónios da área lesada, e que influencia a recuperação espontânea da afasia (Leal, 2018). Este conceito de neuroplasticidade explica a recuperação de muitas pessoas, após terem sofrido lesões neurológicas graves. A intenção do processo de reabilitação, com promoção da plasticidade neuronal da parte cerebral lesada, pode promover a reconexão dos circuitos neuronais, apesar de estar lesados. Alguns autores consideram, ainda, que este desenvolvimento de

neuroplasticidade, tem como pilares fundamentais, a motivação, o envolvimento, o treino e o exercício/estimulação repetido, baseado em princípios neurofisiológicos e pedagógicos (Leal, 2018).

Ainda, segundo Leal (2018), na maior parte das pessoas com afasia causada por AVC, espera-se que ocorra, em maior ou menor grau, uma recuperação espontânea, sem qualquer intervenção terapêutica. A mesma autora, destaca que esta recuperação ocorre devido a alguns mecanismos como a regressão de *diaschisis*, ou seja, a reversão da penumbra isquémica (caso se trate de um AVC isquémico) e a reabsorção de hematoma (na hemorragia cerebral). O termo *diaschisis*, descreve a perda de atividade de áreas corticais conectadas com a área cerebral lesada que, estando estruturalmente preservadas, mostram-se funcionalmente comprometidas, o que por um lado influencia a recuperação funcional e, por outro, lentifica o processo de aprendizagem. Esta situação ocorre no período agudo após o AVC, mas à medida que a *diaschisis* regride, verifica-se uma melhoria clínica na recuperação da afasia (Leal, 2018).

O processo de recuperação da afasia é fluido e dinâmico mas, na maioria das vezes, não é total, o que implica que algumas pessoas recuperam com afasia e não recuperam da afasia (Visser-Meily et al., 2019). Há variáveis clínicas que podem ser preditores de um melhor ou pior prognóstico da recuperação. Existem fatores que influenciam diretamente a recuperação como: a extensão e a localização da lesão cerebral (se a lesão estiver circunscrita à área de Broca tem melhor prognóstico), a gravidade inicial do defeito da linguagem, o tipo de afasia (quanto mais grave for o defeito linguístico pior é o prognóstico e, obviamente, as afasias mais graves recuperam menos) e a etiologia vascular cerebral (as afasias de origem traumática melhoram mais do que as de origem vascular e, dentro destas últimas, o prognóstico é melhor nas lesões hemorrágicas, devido à reabsorção natural do hematoma) (Martins et al., 2016). Outros fatores são apontados como potenciais influenciadores do padrão de recuperação, como a saúde geral da pessoa, a idade, a escolaridade, a lateralidade, a inteligência e a personalidade, a motivação e o meio familiar e social (Basso, 2003). Segundo Leal (2018), um fator biológico/clínico isolado não dá indicação real e sistemático do prognóstico, todas as variáveis coexistem e são importantes na recuperação da afasia, daí que a pessoa deva ser entendida como um ser holístico.

É pela comunicação que nos relacionamos, interagimos e nos tornamos seres sociais face ao mundo que nos rodeia. Quando a competência comunicativa verbal expressiva é alterada, a pessoa vê a sua identidade ser desafiada, o que concorre para a construção de uma nova identidade, com base numa capacidade de comunicação eficiente para manter as interações efetivas com os seus pares. Para que a pessoa possa comunicar de forma eficaz necessita, por um lado, possuir competências neurológicas que lhe permitam iniciar e manter a interação no seu contexto de vida e, por outro lado, deverá conseguir construir uma mensagem que seja decifrada pelo seu parceiro de comunicação (Ramos, 2013).

Um parceiro de comunicação é aquele que valoriza a relação e a interação com a pessoa, com dificuldades na comunicação verbal expressiva. Além disso, este procura adaptar a sua própria forma de falar e está atento a todos os sinais e formas da pessoa se exprimir, mostrando interesse e dando-lhe valor. A literatura destaca, ainda, a importância da pessoa participar de forma ativa na comunidade, de forma a desenvolver a capacidade de comunicar verbalmente, de uma forma compreensível (Larsson & Thrén-Jonsson, 2007).

Pelo exposto, é fundamental serem criados ambientes terapêuticos que beneficiem quebrar as barreiras comunicacionais (Howe et al., 2008). Neste caso, o principal objetivo do EEER, é permitir que a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, lide e ultrapasse a sua incapacidade e se torne o mais autónoma possível. Tal como sugerido anteriormente, a recuperação total da afasia, quase nunca se verifica, uma vez que, quase todas as pessoas, ficam com sequelas no processo da linguagem, em menor ou maior gravidade. Pelo exposto, cabe ao EEER interagir com a pessoa, de forma a promover a recuperação da capacidade da mesma, em comunicar de forma verbal e expressiva, até ao máximo que a sua lesão cerebral o permita. Além disso, será seu propósito ajudar a pessoa a aprender a compensar a sua condição residual da comunicação verbal expressiva comprometida, e a aprender a viver com esta deficiência, com a melhor a QdV possível.

Viver com esta sequela neurológica não é fácil, daí a atuação do EEER ser orientada para uma conceção de cuidados subjacente a uma interação comunicacional positiva. O contexto mais frequente para a interação comunicacional, na maioria das pessoas com afasia é o seio da família. Neste sentido, se for possível e desejado pela pessoa, o EEER poderá implementar um plano de intervenção, considerando o apoio familiar. Aqui, o EEER deve atuar de forma a estabelecer estratégias, para que a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva e os seus parceiros comunicativos, possam ter uma comunicação eficaz entre si.

Em outras palavras, as pessoas com comunicação verbal expressiva comprometida, são adultos capazes e sabem mais do que podem dizer. Ao longo dos tempos, foram exploradas diversas ações e implementados vários desafios associados ao compromisso na comunicação, após a pessoa ter sofrido um AVC, enfatizando, desta forma, o papel crucial do enfermeiro com conhecimento diferenciado, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação.

Com o contributo de Padilha (1999), Johanson & Colaboradores (2012), Souza & Arcuri (2014), Morris & Colaboradores (2015) e, mais recentemente, segundo as diretrizes de Canadian Stroke Best Practice Recommendations (2020), salientam-se algumas boas práticas na interação terapêutica eficaz com a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, que devem ser utilizadas pelo EEER, durante o processo de reabilitação, as quais estão expostas na Tabela 2.

**Tabela 2:** Recomendações de boas práticas na interação terapêutica com a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva

<ul style="list-style-type: none"><li>- tranquilizar a pessoa, transmitindo o reconhecimento que apenas está com dificuldades em comunicar de forma verbal;</li><li>- falar com a pessoa sobre a frustração que sente, relacionada com a dificuldade em verbalizar;</li><li>- permitir e incentivar a pessoa a exteriorizar os seus sentimentos, se a fizer sentir melhor;</li><li>- transmitir uma informação de cada vez, um tópico de conversa de cada vez e de uma forma direta e clara, com frases curtas, certificando-se de que a mensagem é compreendida;</li><li>- permitir o tempo suficiente para a pessoa se exprimir, nas várias tentativas que necessita para comunicar;</li><li>- falar devagar, com vocabulário adequado à pessoa e transmitir a mensagem num tom de voz que a pessoa possa entender;</li><li>- ignorar os erros e os palavrões;</li><li>- falar naturalmente e evitar infantilizar a conversa;</li><li>- reconhecer quando a mensagem transmitida pela pessoa foi entendida e não valorizar a pronuncia imperfeita;</li><li>- não demonstrar entendimento na mensagem, quando na realidade, não se entende;</li><li>- não interromper a pessoa, quando manifesta dificuldades para encontrar a palavra que pretende verbalizar; fornecer a palavra, apenas, se ficar ansiosa;</li><li>- fornecer opções de resposta específica e direcionada, evitando as perguntas abstratas;</li><li>- fazer perguntas curtas e simples, que possam ser respondidas com “sim” ou “não”, e evitar assuntos controversos, emotivos ou longos;</li><li>- evitar terminar as frases e esperar que seja a pessoa a dizer a palavra, de modo a evitar sentimentos de frustração;</li><li>- incentivar a pessoa a expressar-se de forma calma e pausadamente;</li><li>- explicar à pessoa quais as palavras que não são claramente perceptíveis;</li><li>- estar atento aos aspetos não verbais, para a validação da comunicação verbal expressiva;</li><li>- sugerir à pessoa escrever a sua mensagem ou fazer desenhos, caso a comunicação verbal não seja possível;</li><li>- fornecer pistas como imagens, cartões codificados, revistas, calendários, mapas, gestos, desenhos, fotos ou outros materiais, que resultem familiares à pessoa, para demonstrar o que pretende;</li><li>- encorajar a pessoa a repetir as respostas às perguntas, para ter a certeza que a mensagem é perceptível;</li><li>- concentrar o diálogo em acontecimentos presentes, evitando temas com conteúdo emocional para a pessoa;</li><li>- identificar junto da pessoa fatores que promovam a compreensão e comunicação da mensagem (acuidade auditiva e acuidade visual);</li><li>- orientar e envolver a família e pessoas de referência, no processo de reabilitação da comunicação verbal expressiva;</li><li>- utilizar métodos alternativos de comunicação com recurso a tecnologia.</li></ul>
--

Estas recomendações visam reduzir o impacto clínico do compromisso na comunicação verbal expressiva, designada pela perda de autonomia e independência funcional de que a pessoa padece (Winstein et al., 2016).

Segundo Simmons-Mackie & Colaboradores (2016), foram reconhecidas 10 recomendações internacionais, baseadas na evidência científica que, na opinião de especialistas, devem orientar

a prática profissional. Essas recomendações são destinadas aos profissionais de saúde que cuidam a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, como no caso do EEER, as quais foram compiladas ao longo do tempo e fundamentam as diretrizes gerais relacionadas com o AVC.

Estas recomendações preconizam: 1) as pessoas com lesão cerebral ou doenças progressivas, devem ser avaliados quanto à dificuldade em comunicar; 2) a pessoa com suspeita de compromisso na comunicação, precisa ser avaliada por profissionais qualificados e, não apenas, serem submetidas a triagens simples; 3) a pessoa com alteração na comunicação, deve receber informações sobre a condição e opções de tratamento, em todas as fases da sua condição clínica; 4) nenhuma pessoa com alteração na comunicação deve ausentar-se do serviços de saúde, sem um meio eficaz para expressar as suas necessidades ou sem um plano documentado, que garanta o acesso ao melhor recurso para poder comunicar; 5) a reabilitação intensiva e personalizada deve ser oferecida, para potenciar a capacidade da pessoa comunicar de forma verbal e expressiva; 6) o treino para melhorar a comunicação das pessoas com compromisso na comunicação, pode ser realizado por diferentes profissionais de saúde; 7) as famílias e prestadores de cuidados, devem ser incluídos no processo de reabilitação e receber a educação e o apoio necessários; 8) os cuidados prestados devem ser culturalmente apropriados e relevantes para as pessoas com alterações na comunicação; 9) os profissionais de saúde que cuidam pessoas com afasia, devem receber formação específica sobre essa condição e sobre as estratégias de suporte adequadas; e 10) todas as informações destinadas a pessoas com compromisso na comunicação, devem ser apresentadas de forma clara, acessível e adaptada às suas necessidades.

Neste contexto, a reabilitação da pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, é uma prioridade a ser estabelecida pela ação interventiva do EEER, assim que a pessoa esteja clinicamente estável e a possa tolerar (Winstein et al., 2016). Para fundamentar a identificação deste domínio de intervenção após o AVC, em colaboração com outros profissionais de saúde, é fundamental considerar a descrição e a mensuração dos relatórios de imagiologia, bem como outros dados clínicos relevantes. Desta forma, torna-se imprescindível que o EEER disponha de uma avaliação sensível ao domínio da comunicação, utilizando instrumentos que auxiliem na tomada de decisão.

São muitos os instrumentos de avaliação que se encontram descritos na literatura e que permitem avaliar, em diferentes contextos, os diferentes parâmetros relacionados com a comunicação (Matos, 2012). Neste relatório destacam-se: *Aphasia Rapid Test (ART)* e *Bedside de Lenguaje (BL)*.

Estes dois instrumentos estão traduzidos, adaptados e validados para a população portuguesa e está comprovada a sua boa fiabilidade para a avaliação geral deste domínio, tendo em conta o

modelo conceitual e o contexto de aplicabilidade. Os mesmos instrumentos são de rápida e fácil execução, proporcionando uma melhor compreensão do quadro clínico da pessoa com o compromisso da comunicação. Além de serem ferramentas simples e acessíveis à aplicação por qualquer profissional de saúde, por não exigirem material de apoio específico, a sua aplicabilidade torna-se mais fiável, quando utilizados por profissionais de saúde com competências especializados, como o EEER.

Segundo Azuar & Colaboradores (2013), a avaliação do compromisso na comunicação verbal expressiva, pode ser realizada através da escala ART, concebida para identificar e classificar o quadro afásico. Esta escala baseia-se nos parâmetros neurológicos, habitualmente avaliados no contexto de AVC: discurso (fluência), compreensão, repetição e nomeação, assim como, a disartria (Tábuas-Pereira et al., 2018).

A escala ART é composta por seis subtestes, e permite avaliar em menos de três minutos, os parâmetros fundamentais para o estudo da linguagem. Assim, inicialmente, é pedido à pessoa que execute duas ordens simples e uma ordem complexa, permitindo avaliar a compreensão verbal simples e complexa. De seguida, é avaliada a capacidade de repetição de palavras e de uma frase. Posteriormente, é pedida a nomeação de três objetos de uso comum. No último parâmetro (fluência do discurso), avalia-se a produção de palavras durante um minuto, através de uma tarefa de fluência verbal semântica. Para além da avaliação destes quatro parâmetros fundamentais, a escala também inclui a análise da presença de disartria.

A escala possui uma amplitude de pontuação de 0 a 26 pontos, correspondendo as pontuações mais elevadas a piores desempenhos (Tábuas-Pereira et al., 2018). Entre as limitações do instrumento, destaca-se a ausência de avaliação das funções da linguagem - leitura e escrita. No entanto, considerando suas propriedades e reconhecendo essas limitações, a escala representa uma mais-valia para o EEER, ao permitir a quantificação objetiva da evolução no processo de reabilitação. Ainda assim, este instrumento não deve ser utilizado de forma isolada na avaliação.

A avaliação do compromisso da linguagem também pode ser realizada através da escala BL. A inclusão deste segundo instrumento, neste relatório, tem como objetivo colmatar as limitações da escala ART, nomeadamente, na avaliação dos parâmetros de leitura e escrita.

A escala BL avalia, de forma simples e num curto espaço de tempo (cerca de 10 minutos), cinco componentes linguísticas: discurso espontâneo, compreensão, repetição, escrita e leitura (Cruz, Santos, Reis & Faísca, 2014). No discurso espontâneo, solicita-se à pessoa que diga o seu nome completo, a sua morada e que descreva uma imagem que lhe é apresentada. A compreensão auditiva de material verbal é constituída por duas sub-provas: a primeira, comporta duas questões de resposta sim/não; a segunda, avalia a compreensão de ordens simples, através de três comandos de complexidade crescente. Cada pergunta ou ordem deverá ser repetida

apenas uma vez. A prova de repetição é constituída por duas palavras e três frases simples. A avaliação da escrita é constituída pela escrita espontânea do nome completo, pela escrita por ditado de uma palavra e de um número com três dígitos, e pela escrita de uma frase, com base na imagem apresentada na prova de discurso espontâneo. Nesta prova, são considerados válidos, os resultados obtidos com a utilização de letras soltas móveis. A avaliação da leitura é constituída por três sub-provas: a primeira, implica emparceiramento palavra/objeto; a segunda, implica a compreensão de uma ordem simples escrita; e a terceira, avalia a capacidade para completar frases numa tarefa de escolha múltipla com quatro opções de resposta. A pontuação máxima total é de 25 pontos, correspondendo 5 pontos a cada uma das cinco componentes avaliadas. O resultado obtido revela uma boa validade convergente dos valores da BL, especialmente, na fase aguda após lesão cerebral, correspondendo, as pontuações mais baixas, à confirmação da presença de afasia com piores desempenhos (Cruz, Santos, Reis & Faísca, 2014).

Sumariamente, as avaliações efetuadas através destes dois instrumentos - ART e BL, permitem distinguir se a pessoa apresenta um defeito de linguagem (afasia) ou um defeito de articulação (disartria), e se tem um discurso confuso ou uma alteração do pensamento. Além disso, por serem instrumentos de apoio à tomada de decisão padronizados, proporcionam dados quantitativos e objetivos, num curto espaço de tempo, garantindo maior rigor e uniformização nas avaliações rastreio da linguagem, um elemento fundamental da comunicação verbal expressiva (Cruz, Santos, Reis & Faísca, 2014).

Para além da utilização destes dois instrumentos, é fundamental considerar a situação clínica da pessoa e a gravidade da sua condição, para definir a avaliação mais adequada e as estratégias correspondentes à fase em que se encontra. A identificação precoce do défice afásico, permite ao EEER sistematizar o processo de reabilitação e estruturar uma intervenção terapêutica específica, o mais cedo possível (Leal & Martins, 2005).

O que se verifica na prática, é que o EEER, “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade” (Regulamento n.º 139/2019, p. 3566) da pessoa com compromisso na comunicação, especificamente, na comunicação verbal expressiva, e acompanha-a na vivência deste processo transacional, tentando alcançar o equilíbrio físico e emocional para melhorar a QdV (Meleis, 2010; Tomey & Alligood, 2002).

A atuação do EEER deve estar adaptada às capacidades cognitivas, representações, necessidades individuais, emocionais e linguísticas da pessoa (Ramos & Bortagarai, 2012). Cabe ao EEER delinear, habilitar, promover e desenvolver estratégias para melhorar a comunicação verbal expressiva, ajudando a pessoa a superar os desafios que envolvem o seu processo de transição. Contudo, antes de iniciar o programa de reabilitação, é fundamental envolver a pessoa no seu próprio processo, despertando sentimentos de confiança para alcançar ganhos significativos (Macdonald, 2021; Elbaum, 2019; Branco & Guerreiro, 2011)

Seguindo a CIF, formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), as várias intervenções para o compromisso da afasia e, concomitantemente, da comunicação verbal expressiva, concentram-se nos seguintes princípios: alterações na fala e na linguagem, limitações pessoais, dificuldades nas atividades sociais e barreiras ambientais. Como mencionado anteriormente, as intervenções terapêuticas podem abordar as perturbações da fala e da linguagem ou, alternativamente, focar na comunicação funcional, em vez de priorizar a recuperação da linguagem (Georgiou & Kambanaros, 2023).

Deste modo, ao longo dos anos, diversas categorias de intervenção clínica para afasia, isoladas ou combinadas, foram desenvolvidas, destacando-se: as terapias farmacológicas, as abordagens terapêuticas tecnológicas digitais, as terapias baseadas na estimulação cerebral não invasiva e as terapias comportamentais (reabilitação da comunicação ou fonoaudiologia) (Georgiou & Kambanaros, 2023).

Ao longo do tempo, as terapias farmacológicas foram exploradas isoladamente e em conjunto com outras formas de tratamento. Até ao momento, os estudos evidenciam a utilização de alguns agentes farmacológicos promissores, mas os resultados são escassos e nenhuma terapia farmacológica foi aprovada (Georgiou & Kambanaros, 2023; Hillis et al., 2018; Walker-Batson et al., 2016).

As abordagens terapêuticas tecnológicas digitais, como softwares de comunicação e aplicativos de terapia online, têm mostrado potencial para melhorar a reabilitação de pessoas com afasia, oferecendo flexibilidade de utilização aos usuários. No entanto, embora as soluções digitais sejam promissoras, conforme destacado por Asghar, Egaji & Griffiths (2021), estas tecnologias produzem melhores resultados quando utilizadas sob a orientação do profissional de saúde. Isto deve-se ao facto de que o profissional pode personalizar os exercícios, de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa, ressaltando a vantagem da terapia de reabilitação convencional.

As terapias baseadas na estimulação cerebral não invasiva, nestas últimas décadas, têm tido uma posição de destaque no tratamento coadjuvante da afasia. Dentro destas, estão presentes a Estimulação Magnética Transcraniana (da sigla inglesa TMS - *Transcranial Magnetic Stimulation*) e a Estimulação Elétrica Transcraniana por correntes contínuas (da sigla inglesa tDCS para *Transcranial Direct Current Stimulation*). Ambas, teoricamente, são isentas de efeitos colaterais com efeitos focalizados à área do cérebro que se deseja estimular ou inibir, sem afetar outras regiões cerebrais. Estas técnicas têm sido utilizadas para promover os mecanismos de neuroplasticidade e, assim, promover a produção de linguagem da pessoa com afasia após o AVC, através de impulsos magnéticos (Georgiou & Kambanaros, 2023). O objetivo terapêutico da TMS, é reverter a excitabilidade neuronal patológica, ao diminuir a hiperatividade do hemisfério cerebral não lesado, através de estimulação de baixas frequências ou, pelo contrário, aumentar a facilitação do hemisfério cerebral afetado, através de um protocolo de

estimulação com altas frequências (Rubi-Fessem et al., 2015; Thiel et al., 2013; Abo et al., 2012; Barwood et al., 2012). Sabe-se, no entanto, que a utilização de frequências mais elevadas está associada a maiores riscos de crises convulsivas (Epsteins et al., 2008), pelo que a tDCS poderá oferecer mais segurança, ao conduzir a corrente elétrica de baixa intensidade de forma contínua e modular, aumentando a excitabilidade cortical de forma progressiva, conseguindo induzir mecanismos de neuroplasticidade (Shah-Basak, 2015; Boggio et al., 2012; Nitche et al., 2003). Segundo Rodrigues (2018), estas técnicas de neuroestimulação e neuromodelação, apesar de serem utilizadas como ferramenta de investigação da neurofisiologia clínica e na reabilitação de sequelas após o AVC, a combinação destas com a terapia convencional de reabilitação da comunicação é recomendável e poderá ter uma abordagem mais eficaz, num quadro de afasia.

De acordo com um estudo em grande escala, referenciado por Breitenstein & Colaboradores de 2017, as atividades ou terapias comportamentais, dirigidas à reabilitação da comunicação, continuam a ser o padrão ouro para o tratamento e recuperação da afasia. Segundo os mesmos autores, as pessoas que participaram neste tipo de abordagem, mostraram melhoras significativas nas habilidades de comunicação, em comparação com as pessoas não participantes, após três semanas de treino de habilidades de comunicação verbal expressiva. Tal facto, sugere que pode ser benéfica para a recuperação da fala em pessoas com afasia crónica. Além disso, o estudo destaca a importância de intervenções precoces e estruturadas na reabilitação da pessoa com afasia, as quais promoveram melhorias na QdV da pessoa. Os autores supracitados concluem, ainda, que este tipo de intervenção, deve ser considerada como uma abordagem eficaz na reabilitação de pessoas com afasia, após um AVC.

De forma associativa, os estudos expostos por Stahl & Colaboradores (2018), demonstraram que a reabilitação da comunicação da pessoa com afasia motora, sugere uma prática de seis horas por semana. No entanto, os mesmos autores concluem, também, que mais evidências são necessárias, para determinar o *timing* ideal e a duração total da intervenção terapêutica.

Em 2019, Wilmskoetter & Colaboradores, sugeriram que fatores como idade, educação, inteligência, *status* social, saúde, tempo decorrido após o AVC e tipo de afasia, estão relacionados com o sucesso na reabilitação. No entanto, poucos estudos, incorporaram esses fatores como preditores de resultado. Eles acrescentam, ainda, que é importante destacar a conexão entre a gravidade da afasia e o sucesso da reabilitação, uma vez que a gravidade e a natureza da afasia pós-AVC foram identificadas como alguns dos fatores mais importantes para a formulação de um prognóstico (Cheng et al., 2020).

De acordo com os estudos de Godecke & Colaboradores (2021), em uma pesquisa prospetiva com um grupo de pessoas afásicas, foram observadas melhorias significativas no desempenho de fluência verbal, após a intervenção e reabilitação da comunicação verbal, com ênfase na promoção da neuroplasticidade ao longo de todo o processo de reabilitação. A sua pesquisa destaca que, um plano de intervenção especializado e estruturado, faz uma notável diferença

nos resultados de fluência verbal da pessoa com dificuldades na linguagem. Porém, não faz menção quanto à intensidade, durabilidade ou frequência do processo de reabilitação.

Corroborando com o exposto, Brogan (2021), destaca a eficácia da terapia intensiva de reabilitação da comunicação em pessoas que sofreram AVC, com resultados que indicaram que o aumento do tempo de reabilitação contribuiu, substancialmente, para a recuperação da afasia. Os seus resultados mostraram progressos clinicamente relevantes após cada sessão de reabilitação, com uma prática diária de até duas horas; períodos mais longos não demonstraram melhorias significativas na comunicação. Além disso, o autor enfatiza que a terapia de reabilitação da comunicação é crucial e pode ser eficaz para as pessoas com afasia, em fase crónica pós AVC.

Segundo Fridriksson & Hillis (2021), a reabilitação da fala e da linguagem é o núcleo do processo de reabilitação da afasia, com destaque na importância de personalizar o plano de reabilitação, de acordo com a gravidade da afasia. Para pessoas com afasia severa, as intervenções tendem a ser mais focadas em habilidades funcionais, enquanto que, para aquelas com afasia leve, as terapias podem ser mais discretas e específicas. Nem todas as pessoas respondem de forma semelhante à reabilitação da comunicação, sendo as pessoas com afasias mais graves, as que têm menor probabilidade de uma recuperação ótima. No entanto, torna-se imperativo que, independentemente da gravidade, todas as pessoas com compromisso na comunicação, recebam a possibilidade de reabilitação focada e direcionada aos déficits dos parâmetros da linguagem que apresentam. No seu estudo, os mesmos autores enfatizam que, a personalização das intervenções é essencial, uma vez que diferentes pessoas podem apresentar necessidades e padrões de compromisso linguístico distintos, mesmo quando têm a mesma gravidade de afasia, especialmente, no que se refere à estruturação de frases complexas, como observado em pessoas com afasia de Broca. Da mesma forma, concluem que, apesar dos avanços na área, o momento ideal para iniciar a intervenção após o AVC ainda não está claramente definido. Outro ponto importante, é a falta de conhecimento sobre o momento em que a pessoa com afasia atinge um platô de recuperação. Embora a eficácia da reabilitação na comunicação das pessoas com afasia esteja sendo cada vez mais demonstrada, ainda não é prudente afirmar a sua total eficácia, sendo necessária mais pesquisa, nesta área desafiadora.

Mais recentemente, nos estudos apresentados em National Clinical Guideline for Stroke (2023), são descritas algumas estratégias para melhorar a comunicação verbal expressiva da pessoa que sofreu um AVC. De acordo com Skivington & Colaboradores (2021), a intervenção específica neste domínio, pode ser realizada por meio de duas abordagens: uma, realizada por profissionais especializados, que aborda aspetos relacionados com a promoção da comunicação verbal expressiva e, outra, que utiliza recursos digitais, focados em habilidades específicas, como a capacidade de reproduzir palavras. Essas abordagens digitais devem ser personalizadas de acordo com os objetivos estabelecidos, e não devem substituir a reabilitação presencial com o profissional de saúde. Além disso, devem ser ajustadas à capacidade da pessoa em utilizar

tecnologias digitais. Essas tecnologias digitais permitem que a pessoa aceda facilmente a este recurso, de forma prática, em qualquer lugar e a qualquer momento, o que pode ser especialmente benéfico para aquelas pessoas com dificuldade de deslocação às sessões de terapia. No entanto, é importante destacar que a falta de motivação da pessoa, pode levar a uma diminuição no compromisso que assume com a terapia de reabilitação digital (Asghar, Egaji & Griffiths, 2021). Ainda, Skivington & Colaboradores (2021), afirmam que os ganhos na comunicação verbal expressiva, foram mais evidentes em pessoas que seguiram um programa de reabilitação semanal presencial de três a cinco horas. Também destacam, que não há evidências que sustentem um limite de tempo específico após o AVC, para determinar quando o plano de intervenção deve ser interrompido. A pessoa deve continuar o programa enquanto perceber ganhos significativos nas habilidades linguísticas e de comunicação, devendo iniciar a reabilitação na fase aguda após o AVC (Braley et al., 2021; Palmer et al., 2019). Além disso, eles acrescentam que, nas abordagens em que o profissional de saúde trabalha concomitantemente com o uso de recursos digitais, os ganhos são mais evidentes (Harrison et al., 2020).

Em conclusão, conforme Ramalho & Colaboradores (2024), há um consenso entre vários autores que investigaram a reabilitação da comunicação da pessoa com afasia, especificamente com afasia de Broca, de que a intervenção deve ser iniciada nos primeiros 14 dias após o AVC. Além disso, a intensidade e a duração do plano de intervenção, devem ser ajustadas às necessidades de cada pessoa, com foco na intensidade durante as horas terapêuticas, sendo mais eficaz quando realizadas de forma frequente ao longo desse período.

Considerando o exposto, é possível afirmar que o domínio da comunicação verbal expressiva é sensível à intervenção do EEER que, no âmbito das suas competências específicas, analisa, concebe e implementa um plano interventivo diferenciado, mensurável e individualizado. Além disso, avalia os resultados das intervenções implementadas, conforme os objetivos estabelecidos com a pessoa alvo dos cuidados.

Esta metodologia científica, aplicada ao processo de enfermagem para identificar as necessidades da pessoa com compromisso da comunicação verbal expressiva, deve ter sustentada pela evidência científica e pelos modelos conceituais das teorias do autocuidado e das transições, a fim de garantir os padrões de qualidade especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018).

### **Abordagem da Teoria do Autocuidado**

Qualquer tipo de alteração na condição de saúde da pessoa exige mudança e, na maior parte das vezes, reajuste e readaptação na realização das AVD's, decorrente dos seus défices no autocuidado (Meleis et al., 2000).

Neste contexto, o planeamento dos cuidados ao Sr. MX, protagonista do estudo de caso apresentado neste relatório, que sofreu um AVC e apresenta sequelas, incluindo um compromisso na comunicação verbal expressiva, pode ser orientado pelo referencial teórico de Dorothea Orem (2001), destacando o autocuidado como o núcleo da atuação do EEER.

Reflexivamente, urge então a necessidade de incorporar o conceito de autocuidado definido por Dorothea Orem (1993, p. 71), como “uma atividade aprendida pelos indivíduos, orientada para um objetivo. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou ao meio envolvente, para controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar”.

A pertinência deste referencial está vinculada à prática do EEER, concedendo particular destaque à pessoa com défice no autocuidado, na medida em que, face às suas limitações, a considera capaz de integrar novas formas de concretizar as suas AVD's (Silva et al., 2020). O autocuidado é um conceito influenciado pela cultura, pelas crenças e pela condição de saúde e doença da pessoa, na medida em que há o seu próprio envolvimento na tomada de decisão. Como tal, a consciencialização da própria condição de saúde, o conhecimento sobre a mesma, o envolvimento, a esperança, o suporte familiar, social e económico, os significados atribuídos à condição de incapacidade, o *locus* de controlo e a perceção de autoeficácia em lidar com essa mesma condição, são fatores imprescindíveis para sustentar o potencial de reconstrução funcional da pessoa, neste caso do Sr. MX, e a sua participação no autocuidado.

Segundo Petronilho & Machado (2017), este modelo baseia-se na premissa de que a pessoa é capaz de cuidar de si para sustentar a sua saúde e bem-estar, incorporando três construtores teóricos interrelacionados: a Teoria do Autocuidado, que esclarece o modo da pessoa se autocuidar e desenvolve atividades em seu próprio benefício; a Teoria do Défice de Autocuidado, que explica a razão da pessoa ter necessidade de cuidados de enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que determina a forma como os enfermeiros, juntamente com as pessoas, respondem às necessidades de autocuidado.

A primeira teoria, a teoria do autocuidado, aglomera o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). O autocuidado é uma função humana reguladora que a pessoa desempenha deliberadamente para si mesma, para a manutenção da sua vida e do seu bem-estar. Quando atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, designa-se por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Esta teoria engloba, ainda, três categorias de requisito: requisitos de autocuidado universais; requisitos do autocuidado de desenvolvimento; requisitos de autocuidado no desvio em saúde. Estes requisitos acompanham a pessoa ao longo do ciclo de vida e devem ser vistos como dimensões inter-relacionadas e, por estarem também relacionados com os processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, são requisitos universais (Orem, 2001). Os requisitos do autocuidado de desenvolvimento, relevam as características

humanas e o desenvolvimento das mesmas, pelo que devem realizar um percurso progressivo para atingir níveis de complexidade superior. Os requisitos do autocuidado no desvio em saúde, são observáveis em condições de doença ou lesão e associados aos seus efeitos, às suas intervenções e tratamentos, na medida em que a pessoa tem potencial para aprender a viver com a sua condição de saúde (Orem, 2001). Uma pessoa com potencial para aprender a satisfazer as suas próprias necessidades em saúde, é conhecida como agente de autocuidado e, cada agente, tem requisitos para satisfazer as necessidades de saúde de natureza universal, de desenvolvimento e de desvio em saúde (Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento central da Teoria de Enfermagem do Autocuidado e descreve o motivo pelo qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem, quando as necessidades superam a capacidade, ou seja, estabelece a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidados (Orem, 2001). Sendo assim, no modelo de Dorothea Orem, a meta do EEER é ajudar a pessoa a satisfazer as suas próprias exigências de autocuidado, tendo como premissa básica a crença da pessoa em desenvolver habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo.

A terceira teoria, a Teoria de Sistemas de Enfermagem, determina como os enfermeiros, as pessoas doentes ou ambos, dão resposta aos requisitos de autocuidado, subdividindo-se em três subsistemas, sendo eles: o sistema totalmente compensatório, para as situações em que o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado; o sistema parcialmente compensatório, quando é necessário o enfermeiro intervir apenas em algumas tarefas; e o sistema de apoio e educação, tendo o doente capacidade para o autocuidado, necessitando, contudo, de apoio, orientação e instrução para o seu desenvolvimento (Queiroz et al., 2014). Entende-se, então, que o sistema de apoio e educação não é mais que uma série sequencial de intervenções, que irão ultrapassar ou compensar as limitações da pessoa para implementar ações reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Almeida et al., 2020).

A Teoria de Dorothea Orem e a sua aplicação ao caso clínico desde relatório, emerge como uma ferramenta valiosa, permitindo garantir a intencionalidade da ação do EEER. Após a análise dos elementos que concorrem para o défice no autocuidado do Sr. MX, importa avaliar o potencial para desenvolver as atividades que permitam a reconstrução da funcionalidade e a capacitação para o autocuidado. Atendendo ao processo de transição que está a vivenciar, devem ser considerados todos os fatores que possam ser facilitadores ou inibidores do mesmo, com vista à aquisição de uma integridade fluida e mestria nas novas competências adquiridas.

Esta abordagem, facilita a implementação de medidas de enfermagem avançadas adequadas e personalizadas, de acordo com as necessidades, interesses e problemas individuais do Sr. MX (Nasiri et al., 2023). Além disso, relacionando a capacidade para o autocuidado, importa avaliar as ações que estão comprometidas e aquelas para as quais, efetivamente, tem aptidão para realizar, no sentido de manter e potenciar as suas capacidades e promover o seu bem-estar. É

nesta interdependência, entre a capacidade de ação autónoma e as necessidades identificadas, que o EEER será capaz de intervir, através de um sistema parcialmente compensatório, numa fase inicial do internamento hospitalar, e no sistema de apoio e educação, numa fase posterior (Ribeiro et al., 2021).

A preocupação e o empenho do EEER em ajudar a pessoa a progredir, eficazmente, para um sistema que garanta essa capacitação efetiva na concretização do autocuidado, justifica a elevada concordância do EEER com a conceção de Dorothea Orem (Martins, Ribeiro & Silva, 2018). Acresce, ainda, a intencionalidade de atuação do EEER na promoção da capacitação efetiva do Sr. MX no processo de comunicar verbalmente, sendo este, o objetivo principal do processo de reabilitação explanado neste relatório.

### **Abordagem da Teoria das Transições: o processo de transição saúde - doença**

A instalação de uma doença grave com consequências, tal como no caso do Sr. MX, que se manifesta com o compromisso na comunicação verbal expressiva, após ter sofrido um AVC, é um momento determinante para a sua experiência de vida (Barros, 2008). A doença e as suas repercussões, são entendidas como um evento de stress que origina alterações emocionais e comportamentais, assim como, reações de domínio biológico, psicológico e social (Potter et al., 2017).

Neste estudo de caso em concreto, o Sr. MX experienciou um acontecimento gerador de stress - o AVC, que provocou alterações em estruturas e funções corporais, transformando a sua condição de vida e de saúde, as suas atividades e interações sociais. Enquadrando com este contexto de stress, as interações do EEER devem ser sustentadas nos referenciais teóricos da disciplina, de modo a existir uma linha de pensamento que fundamente o seu exercício profissional (Martins et al., 2017), uma vez que é o profissional de saúde privilegiado para promover o seu desenrolar de uma forma consciente e saudável (Silva et al., 2019).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010), ajuda o EEER a compreender a pessoa em qualquer momento de mudança que ocorre por uma alteração de vida e/ou de condição de saúde, ou seja, por uma transição. Esta Teoria tem em conta os seguintes pressupostos: a natureza da transição, as condições para a transição e os padrões de resposta. Caracterizando o motivo que deu origem à transição e, segundo este referencial teórico, pode afirmar-se que o Sr. MX está a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença e de padrão simples, dado que não se verificam outras a decorrer em simultâneo. Antes deste evento crítico, apresentava-se na sua total funcionalidade, mas após o AVC, deparou-se com alterações em vários domínios, salientando o domínio da comunicação, especificamente, o domínio da comunicação verbal expressiva. Verifica-se assim, uma mudança da condição de saúde, uma passagem de um estado saudável para outro, em que se lida com uma doença aguda, mas com consequências

permanentes na sua condição de vida (Schumacher & Meleis, 1994).

Ainda a autora Afaf Meleis (2010, p. 27) indica que, apesar de a transição ser “um fenómeno pessoal, não estruturado”, existem propriedades comuns a todas as pessoas e a todas as experiências de transição, sendo estas, a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo e os momentos e eventos críticos. A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. O envolvimento demonstra o nível de implicação e interesse da pessoa pelo processo de mudança, na forma de comprometer-se na sua reabilitação, demonstrado empenho, disponibilidade e participação ativa para que consiga adaptar-se à nova situação (Meleis, 2010). De acordo com a mesma autora, a forma como a pessoa está consciencializada das mudanças, influencia o seu envolvimento neste processo de adaptação. Portanto, a transição resulta de mudanças e reflete mudanças (Meleis et al., 2000). A diferença, enquanto propriedade da transição, refere-se à circunstância da pessoa sentir-se diferente ou ser vista de forma diferente, uma vez que adquiriu uma deficiência, neste caso, decorrente do AVC. Todo este processo ocorre ao longo de um período de tempo, naquele em que há rutura com o que era habitual e a adaptação à nova condição, alcançando-se, no fim, um novo equilíbrio (Meleis et al., 2000). Ao longo de uma transição, podem existir momentos e eventos críticos que são caracterizados por uma maior instabilidade, incerteza, mal-estar e um aumento da vulnerabilidade da pessoa (Meleis et al., 2000). Identifica-se como primeiro ponto crítico para o Sr. MX, a instalação do AVC mas, compreende-se, que a própria hospitalização, a preparação da alta hospitalar e o regresso ao domicílio com a condição atual de dependência, poderão ser pontos entendidos como críticos.

Cada pessoa vivencia uma transição de forma diferente, consoante determinados fatores ou condições que, segundo Meleis (2010), influenciam o processo de transição, podendo estes ser facilitadores ou inibidores do mesmo. Estes fatores podem ser pessoais, relativos à comunidade ou à sociedade em que se insere. Para compreender a experiência do decorrer da transição, torna-se fundamental, além de assinalar as condições pessoais - significados, atitudes, crenças, estatuto socioeconómico e nível de preparação e conhecimento - considerar, também, as condições da comunidade e da sociedade em que o Sr. MX está inserido, para antever de que forma, estas condições podem facilitar ou dificultar o processo de transição saudável (Meleis et al., 2000). Entende-se que, se houver uma preparação antecipatória, se a pessoa tiver conhecimento sobre o que pode esperar e que estratégias deve utilizar para se readaptar, a transição será mais fácil.

Ainda, de acordo com Meleis & Colaboradores (2000), podem existir significados positivos ou negativos do valor e da importância de alguma situação que influencia a transição. O Sr. MX, ao vivenciar o compromisso na comunicação verbal expressiva, tem presente um significado negativo. Racionalmente, reconhece que este fator é-lhe limitador, o qual se traduz em significados e emoções negativas. No entanto, mantém a confiança e a crença na melhoria do

seu estado de dependência, transmite uma atitude positiva ao encarar o seu processo de recuperação e foco no mesmo, com motivação e esperança. Esta sua atitude positiva, de autoconfiança, determinação, assertividade e motivação, são condições facilitadoras neste seu processo de transição (Trygged et al., 2011).

Paralelamente, o estatuto socioeconómico pode constituir-se como um fator, que pode determinar negativamente o decurso de uma transição favorável, na medida em que condiciona o acesso a todos os recursos facilitadores e adequados ao processo de recuperação (Meleis et al., 2000). Nesta circunstância, o Sr. MX não revela entraves ou preocupações associadas.

Em relação à sua família, considera normalizado o apoio incondicional da sua irmã e família, bem como, o companheirismo e a afetividade dos seus vizinhos e amigos, o que condiciona de forma positiva o seu processo de reabilitação, o seu regresso a casa e a sua inclusão no ambiente social a que está habituado. Da mesma forma, o Sr. MX agradece o apoio informal que lhe foi prestado pelo Serviço Social da Instituição de internamento, ao fornecer-lhe toda a informação acerca dos recursos sociais que poderia beneficiar na comunidade, uma vez que vive sozinho, nomeadamente, do serviço de apoio domiciliário. No entanto, o Sr. MX considera-se funcionalmente autónomo, para decidir e gerir as suas necessidades básicas de vida.

Numa transição, a rutura com a condição de vida anterior e a reformulação da identidade, envolve conhecimentos para tomar decisões e habilidades para lidar com a nova condição. Entende-se que se torna necessária uma atenção por parte do EEER, sobre as atitudes e as crenças pessoais que possam construir todo um processo de transição, sustentado nos pilares facilitadores do mesmo.

Segundo Meleis (2010), uma transição saudável é caracterizada pelos padrões de resposta, que podem ser indicadores de processo e de resultado. Apesar das diferenças individuais, as pessoas que vivenciam uma transição, apresentam respostas semelhantes sendo, por isso, possível falar em padrões de resposta. Os indicadores de processo - sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* -, permitem caracterizar as respostas à transição e o modo como esta se está a desenrolar (Meleis et al., 2000).

De facto, quando a pessoa se sente conectada e interage positivamente com toda a situação que está a vivenciar, significa que a transição está a decorrer com normalidade. Segundo Meleis & Colaboradores (2000), neste processo a pessoa deve situar-se na sua recuperação, criar novos significados e perceções de vida, perspetivando como a sua situação pode evoluir favoravelmente. O desenvolvimento e aumento de confiança para lidar com a nova condição, o *coping* e a capacidade de tomar decisões, manifesta-se a partir do aumento no nível de utilização de recursos e estratégias, para que seja capaz de reorganizar a sua vida e seja independente. No caso do Sr. MX, verifica-se, essencialmente, a presença de um *coping* centrado no problema que vivencia ao ter sofrido um AVC, com as sequelas inerentes, das quais destaca o compromisso na capacidade de comunicar verbalmente. Também, está inerente um

estilo de *coping* marcado pela resiliência, uma vez que persiste no seu autocontrolo manifestando-se, expressamente firme na decisão de cuidar do necessário para si mesmo e lidar com as suas dificuldades de vida. Demonstra, igualmente, empenho em enfrentar o evento de stress, como um desafio a superar. Esta volição, refletida na tomada de decisão consciente e autocontrolada no processo de mudança (International Council of Nursing, 2019), será fundamental para adaptar-se e superar as mudanças impostas pelo AVC permitindo gerir, eficazmente, a sua nova condição de saúde. É nesta fase que se observa a predisposição da pessoa, neste caso do Sr. MX, em superar a incapacidade imposta pelo AVC, usando o treino de estratégias adaptativas para a sua reabilitação.

Os indicadores de resultado - mestria e identidade integradora fluída (Meleis et al., 2000) facilitam, por um lado, a identificação do final da transição e, por outro, possibilitam a avaliação do desenvolvimento de competências, comparando a situação atual com os resultados finais expectáveis. É assim, desejável, que o Sr. MX lide com mestria com a limitação resultante da deficiência e incapacidade de desempenho de papéis considerados normativos (OMS, 2004) e, perante eles, tome decisões conscientes sobre a sua nova condição de vida e saúde. É importante, também, que continue a receber suporte familiar e dos seus amigos e que retome a sua vida social e o convívio com os seus amigos do Café, o mais precoce possível. Para que seja alcançada uma identidade integradora fluída, o Sr. MX deve revelar comportamentos que traduzam o ajuste à sua situação de dependência, e verbalize satisfação para com o equilíbrio atingido (Meleis et al., 2000). Só desta forma, demonstra que se adaptou, que ultrapassou a mudança despoletada pelo AVC e se reajustou, entre ele e o seu próprio contexto, alcançando QdV e bem-estar, sendo este o resultado de uma transição saudável.

A triangulação da sua nova identidade, com a mestria na realização de atividades e a adaptação à nova situação de saúde, são aspetos essenciais para que se verifique uma transição saudável (Meleis, 2010). Neste contexto, compreende-se que todas as intervenções do EEER, devem ser intencionalmente implementadas para potenciar um processo transacional favorável.

De facto, a vivência de uma transição, é um processo complexo e todas as suas etapas tornam-se desafiantes para o EEER. Em consonância com reconhecimento social das suas ações específicas, o EEER ambiciona com a pessoa com deficiência adquirida, atingir a sua máxima funcionalidade, melhorando a sua QdV. No caso concreto do Sr. MX, ambicionou-se a aquisição de competências que permitiram colmatar o compromisso na comunicação verbal expressiva, adquirido com o evento neurológico agudo, o AVC.

### 3.2. Clientes

#### Cliente

Adulto | Idade: 74 anos | Masculino

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-09-24 08:00:00	Labetalol 100mg/20ml EV - 20 mg, se TAS>180mmHg e TAD >110mmHg	
2024-09-24 08:00:00	Esomeprazol 20mg VO - 1cp, 6h	
2024-09-24 08:00:00	Insulina Humana Ação rápida SC em SOS, segundo esquema - 6h-12h-18-23h	
2024-09-24 08:00:00	Paracetamol 1gr VO em SOS - 1cp	
2024-09-24 08:00:00	Amlodipina 10mg VO - 1cp, 19h	
2024-09-24 08:00:00	Perindopril 5mg VO - 1cp, 6h	

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

O Sr. MX no tempo de avaliação durante a sua permanência na sala de emergência fez a administração de dois bólus de 20 mg de Labetalol por via endovenosa, sendo este um fármaco de fácil titulação, com ação imediata e semi-vida curta (European Stroke Initiative Executive Committee et al., 2003), cujo objetivo foi controlar o perfil tensional, uma vez que apresentava valores tensionais superiores a 180/110 mmHg, sendo reconhecido o risco vascular (Stroke Foundation, 2023).

Após a confirmação clínica do AVC, sendo o valor da tensão arterial superior a 140/90mmHg (Stroke Foundation, 2023), o Sr. MX iniciou terapia anti-hipertensiva no serviço de internamento.

Neste caso, a terapêutica farmacológica baseou-se na utilização de um Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), grupo de medicamento ao qual pertence o Perindopril, sendo associado a outro fármaco do grupo de medicamentos conhecidos como bloqueadores dos canais de cálcio, no caso a Amlodipina (Stroke Foundation, 2023; Gladstone et al., 2021).

### **Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos são fundamentais para garantir cuidados de qualidade, permitindo intervenções precoces e personalizadas, resultando em ganhos clínicos. Na área da reabilitação, especialmente na recuperação pós-AVC, esses procedimentos são indispensáveis para orientar as abordagens mais eficazes, baseadas em evidências científicas e adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa.

Os exames complementares de diagnóstico, como a Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica (TC CE), Angiotomografia (AngioTC) do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral, Eletrocardiograma (ECG), Estudo analítico e de coagulação, sustentam a tomada de decisão terapêutica tendo em consideração a suspeita de compromisso neurovascular (DGS, 2017).

À data de admissão no dia 23/09/2024, o Sr. MX foi observado primeiramente na sala de emergência do serviço de urgência pela equipa multidisciplinar. Foi submetido a vários procedimentos de diagnóstico e ficou descrito em processo clínico: vígil, colaborante e orientado no tempo/espaço/pessoa. Refere ligeira cefaleia frontotemporal esquerda, sem história de traumatismo. Afasia de predomínio motor: repete com dificuldade, cumpre ordens, diminuição da fluência da fala. Mímica facial preservada, com leve desvio da comissura labial. Campimetria de difícil avaliação, mas aparente Hemianopsia Homónima Direita à ameaça que carece de esclarecimento posterior; sem desvio conjugado do olhar e com oculomotricidade aparentemente preservada. Mobiliza os quatro membros, mas objetiva-se diminuição da força muscular em hemicorpo à direita - grau 4. Sem aparentes défices sensitivos ao toque. Sem dismetria na prova D-N. NIHSS 6. TA 181/111mmHg. FC 102bpm. SpO2 96%. Apirético. AC: sons rítmicos, sem sopros audíveis. AP: limpa, sem Ras audíveis. Sem alergias conhecidas. 2 doses da vacina COVID19.

O TC CE relata: hematoma parenquimatoso agudo, lobar frontal esquerdo, com cerca de 28x23 mm de diâmetros axiais máximos, sem rotura IV, exercendo efeito de massa regional, com obliteração do corno esfenoidal do ventrículo ipsilateral, sem desvio das estruturas da linha média. Sem coleções hídricas ou hemáticas extra-axiais. Lesão sequelar temporo-basal direita. Sem fraturas da base ou calote cranianas. O AngioTC do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral descreve: placa aterosclerótica mista, cálcico-lipídica, da bifurcação

carotídea cervical bilateral, ligeiramente estenosante, com redução luminal em cerca de 25%. Ausência de aspetos sugestivos de aneurismas ou outras lesões malformativas vasculares, MAV's ou FAV's. Ausências de outras lesões de natureza esteno-oclusiva intracraniana ou extracraniana. Permeabilidade mantida nos vasos coletores venosos intracranianos.

Abnalticamente sem coagulopatia ou outras alterações. Destaca-se: Hb 17.1; Pla<sub>q</sub> 352; Creat 0.67; Na 140; K 3.8; Cl 101; Glic 109; HbA1c 5.2%; LDL 212; HDL 53; Colest 200; creat 0.67; TGO 70; CPK 36; PCR 9.4; TP 10; TTPA 80; INR 0.9; eurotiroideu; Leuconitritúria.

O ECG auxilia na identificação de possíveis causas e tratamento de doenças cardiovasculares e revelou não haver alterações.

Perante esta avaliação, a situação é discutida com neurocirurgia: sem indicação para intervenção pela especialidade. Em processo clínico é estabelecido o juízo diagnóstico: Hemorragia cerebral espontânea em território lobar frontal esquerdo - AVC Hemorrágico, e foi estabelecido como plano terapêutico: inicia terapêutica farmacológica no internamento. Segundo progresso, avaliar intervenção de Medicina Física de Reabilitação - AVC.

Após 48h do evento neurológico agudo foi realizado uma nova TC CE, cujo resultado revela: "(...) persiste conteúdo hemático frontal esquerdo, atualmente mais polilobulado mas com dimensões ligeiramente inferior às anteriores (...)". Durante a hospitalização, no dia 30/09/2024, a Ressonância Magnética Craniana com recurso ao produto de contraste, permitiu o estudo cerebral segundo a sua morfológica, estrutura e função, para melhor reconhecer a hemorragia e revelou: "Nas imagens obtidas destacam-se lesões hemorrágicas com expressão fronto-temporal à esquerda e paritotemporal à direita. As lesões hemorrágicas encontram-se em fase aguda, apresentando hipersinal espontâneo em T1. Após a administração de gadolínio, há discreto reforço do sinal, sugerindo rutura da barreira hematoencefálica (...). Não é possível excluir a existência de processo patológico subjacente, sugerindo-se controlo pós-reabsorção das coleções hemáticas agudas (...)".

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-09-2024 08:00	Consciência	
24-09-2024 08:00	Força muscular	
24-09-2024 08:00	Movimento articular	
24-09-2024 08:00	Tónus muscular	
24-09-2024 08:00	Função motora fina	
24-09-2024 08:00	Equilíbrio estático	
24-09-2024 08:00	Equilíbrio dinâmico	

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
24-09-2024 08:00	Sensações somáticas	
24-09-2024 08:00	Visão	
24-09-2024 08:00	Audição	
24-09-2024 08:00	Perceção corporal	
24-09-2024 08:00	Reflexo corneano	
24-09-2024 08:00	Comunicação verbal	
24-09-2024 08:00	Sistema respiratório	
24-09-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
24-09-2024 08:00	Mastigação	
24-09-2024 08:00	Deglutição	
24-09-2024 08:00	Eliminação intestinal	
24-09-2024 08:00	Eliminação urinária	
24-09-2024 08:00	Pele e mucosas	
24-09-2024 08:00	Metabolismo	
24-09-2024 08:00	Termorregulação	
24-09-2024 08:00	Sono	
24-09-2024 08:00	Autoconceito	
24-09-2024 08:00	Emoção	
24-09-2024 08:00	Memória	
24-09-2024 08:00	Virar-se	
24-09-2024 08:00	Erguer-se	
24-09-2024 08:00	Transferir-se	
24-09-2024 08:00	Sentar-se	
24-09-2024 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
24-09-2024 08:00	Vestir-se ou despir-se	
24-09-2024 08:00	Andar	
24-09-2024 08:00	Alimentar-se	
24-09-2024 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
24-09-2024 08:00	Padrão alimentar	
24-09-2024 08:00	Padrão de exercício	
24-09-2024 08:00	Status neurológico	

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

Neste subcapítulo, procede-se à fundamentação de cada domínio identificado na conceção de cuidados, relacionada com o estudo de caso e com o enquadramento teórico previamente apresentado.

#### **Consciência**

A consciência é um foco de atenção que se caracteriza pela perceção que a pessoa tem de si mesma e do meio ambiente onde se encontra (Menoita et al., 2012). A consciência corresponde a uma resposta mental às impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, o que

permite a manutenção da mente alerta, acordada e sensível ao ambiente exterior. A alteração desta resposta mental pode indicar uma lesão cerebral (Powers et al., 2019).

Após o AVC torna-se fundamental a avaliação do estado de consciência, tendo como objetivo a determinação precoce de uma alteração deste domínio (National Clinical Guideline for Stroke, 2023), daí a sua identificação no estudo de caso apresentado.

### **Força Muscular**

Uma das sequelas mais relevantes e de maior preocupação no AVC é o compromisso da função motora, tendo um forte impacto na mobilidade, equilíbrio e funcionalidade (SPAVC, 2016). Dependendo da área cerebral lesada, a pessoa pode revelar diminuição da força muscular em diferentes grupos musculares (SPAVC, 2016). Em termos fisiológicos, o córtex motor primário é a região primária do sistema motor e está localizado no lobo cerebral frontal. As lesões que ocorrem nesta região conduzem à diminuição da força muscular, sendo esta uma manifestação clínica de lesão cerebral (Guyton & Hall, 2011).

No entanto, lesões neurológicas agudas localizadas em outras regiões cerebrais podem ter, também, repercussões na função motora. Para além deste processo fisiológico, o processo natural do envelhecimento pode gerar compromisso na força muscular, pela perda de fibras musculares de contração rápida e formação de unidades motoras menos eficientes (Fleck & Kraemer, 2017).

De referir, também, que a parésia facial central, pode ser observada em casos de lesão neurológica que envolve os neurónios motores superiores em lesões do córtex motor primário. Portanto, esta condição, manifesta-se com o compromisso da função muscular a nível da face (Martel et al., 2021). O movimento muscular facial desempenha um papel crucial na comunicação, na fala, na alimentação e na proteção para os olhos (Konecny et al., 2014). A reabilitação deste défice deve ser tida em consideração e deve englobar exercícios de mímica facial e exercícios orofaciais, com a terapia de espelho, promovendo a plasticidade neural (Kang et al., 2017).

Assim, pelo fato de, neste estudo de caso, o Sr. MX ter sofrido um AVC, justifica-se a identificação deste domínio.

### **Movimento articular**

O movimento articular resulta da deslocação de uma superfície articular em relação a outra superfície articular, ocorrendo em torno de um eixo e sempre perpendicular a um plano (Norkin & Levangie, 2001). Qualquer movimento articular é calculado desde a sua posição anatómica

neutra (0º), até à posição angular que o segmento corporal consegue alcançar numa determinada direção (Hall, 2000).

Na fase aguda do AVC, pode não existir compromisso no movimento articular, no entanto, não se descarta que o próprio processo natural de envelhecimento, pode desencadear alterações a este nível (Zhai et al., 2023). Tal fato, condiciona a capacidade de mobilidade da pessoa, com implicações diretas na sua condição de saúde e funcionalidade (Potter & Perry, 2006). Em concreto, estas alterações devem ser precocemente identificadas, uma vez que podem determinar a conceção de cuidados e, por esse motivo, neste estudo de caso, justifica-se a identificação deste domínio.

### **Tónus muscular**

O termo tónus muscular adequa-se à tensão dos músculos nos diferentes segmentos corporais, permitindo que o corpo se mantenha em determinada posição angular (Chacon-Barba, 2024).

Em termos fisiológicos, o córtex motor primário exerce nos neurónios motores da medula espinal, o efeito de estimulação do tónus muscular (Chacon-Barba, 2024). Num caso de AVC, habitualmente, a lesão cerebral não envolve somente o córtex motor mas, também, as vias extrapiramidais dos núcleos da base, que interrompem os sinais inibitórios normais do cérebro para os músculos, levando à hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento e ao aumento do tónus muscular (Chacon-Barba, 2024; Lee et al., 2019).

Segundo Abreu (2015), imediatamente após um AVC, ocorre a diminuição do tónus muscular, ou seja, os segmentos musculares corporais apresentam-se hipotónicos e sem resistência ao movimento passivo; posteriormente, verifica-se um aumento gradual do tónus muscular, podendo instalar-se a espasticidade em poucos dias. Esta condição afeta a capacidade funcional no desempenho das AVD's, com prejuízo na QdV da pessoa sendo, portanto, um domínio a identificar neste estudo de caso.

### **Função motora fina**

A função motora fina refere-se à capacidade que a pessoa possui para manipular objetos de pequenas dimensões (ICNP, 2019).

Após o AVC, a função motora fina pode ficar comprometida, uma vez que há interferências no recrutamento neuromuscular, na coordenação, na força muscular e na aptidão das extremidades superiores (Plantin et al., 2021; Zhao et al., 2022), o que condiciona os movimentos básicos. Uma alteração da força motora fina condiciona a destreza da mão afetada, com repercussões na escrita e no movimento de preensão manual de objetos mais pequenos.

O treino de destreza manual e motricidade, desempenham um papel fundamental na reabilitação funcional da mão, contribuindo para a realização de muitas atividades de autocuidado (Alabdulaali et al., 2022) sendo, portanto, um domínio a identificar neste estudo de caso.

### **Equilíbrio estático e dinâmico**

O equilíbrio corporal permite a manutenção da postura corporal com um mínimo de oscilação, ou a manutenção da postura corporal durante o desempenho de uma atividade motora que tende a perturbar a orientação do corpo (Antunes et al., 2016).

O controlo postural é uma das mais complexas funções sensoriomotoras do corpo, pela execução e compreensão das informações: vestibular, visual e propriocetiva, integrada pelo sistema nervoso central (Sousa et al., 2013). A perda do controlo da mobilidade do tronco é uma das perturbações mais significativas resultantes de um AVC, uma vez que todas as atividades funcionais normais dependem deste como base para o movimento, quer seja para as transferências, para a marcha, entre outras funções (Rocha et al., 2020).

O equilíbrio corporal dinâmico é a base de toda a coordenação dinâmica global do corpo, envolvendo a noção de distribuição do peso corporal em relação a um espaço e a um tempo, e em relação ao eixo de gravidade, sendo dependente, essencialmente, do sistema labiríntico, da visão e do controle propriocetivo (Hugues et al., 2019). O equilíbrio dinâmico é essencial para realização das atividades laborais, de lazer e até mesmo das AVD's.

Défices comuns no equilíbrio estático e dinâmico, sentado ou em pé, podem estar subjacentes no caso do AVC (Teasell & Hussein, 2020; Hugues et al., 2019), estando a pessoa mais suscetível à ocorrência de quedas, daí a importância de considerar este domínio.

### **Sensações somáticas**

O AVC pode produzir alterações no sistema somatossensorial, pelas alterações no sistema nervoso central, afetando a capacidade da pessoa para processar e compreender informação dos seus sentidos (Mercier et al, 2001).

As sensações somáticas referem-se às sensações provenientes da pele, músculos ou articulações e incluem a perceção da pressão, vibração, temperatura corporal, posição corporal e nociceção (dor e prurido) (Yilmazer et al., 2019). Dependendo da lesão cerebral, fisiologicamente, a pessoa pode apresentar o limiar de dor térmica mais elevado e de pressão mais reduzido (Winstein et al., 2016). A alteração nas sensações somáticas pode levar a um pior controlo da posição corporal e do movimento corporal, a um pior desempenho nas tarefas motoras, contribuir para uma recuperação mais lenta e/ou deficiente da função motora, o que

pode traduzir-se em risco de lesões e impacta negativamente o desenvolvimento das AVD's da pessoa (Turville et al., 2019).

Assim, a avaliação neurológica da pessoa no após-AVC, deve contemplar a apreciação das sensibilidades superficial (térmica, tátil e dolorosa) e profunda (proprioceptiva, vibratória e discriminativa), de forma a orientar uma conceção cuidados de forma segura e eficaz. O referido, sustenta a identificação deste domínio.

## **Visão**

A visão é o sentido humano com mais relevância para a pessoa, uma vez que tem um papel imprescindível em todas as fases da vida (Lopes & Mendes, 2013).

A alteração da visão pode ser uma das sequelas do AVC e pode incluir: perda de visão em uma parte do campo visual (hemianopsia), visão turva, problemas na perceção de profundidade, visão dupla (diplopia), distúrbio no movimento dos olhos e distúrbios visuais superiores, que afetam a perceção e a interpretação de estímulos visuais externos, como a leitura e a identificação das cores (Alwashmi et al., 2022; Hepworth et al., 2016; Winstein et al., 2016; Lopes & Mendes, 2013).

Especificamente, quanto ao controlo dos movimentos oculares voluntários, este depende da área cerebral pré-motora, localizada imediatamente acima da área de Broca. Se a lesão cerebral comprometer esta área da região frontal, pode surgir dificuldade no controlo do movimento das pálpebras.

Através da avaliação neurológica dos pares cranianos: oculomotor comum (III), troclear (IV) e abducente (VI), é possível objetivar estas alterações que, claramente, podem impactar a capacidade funcional da pessoa no desempenho das suas AVD's (Guyton & Hall, 2011). Por este motivo, é importante considerar a abordagem deste domínio.

## **Audição**

O AVC pode, ainda que raramente, causar deficiência auditiva central ou alteração auditiva periférica (Silva et al., 2021; Lima et al., 2017). Na central, destacam-se os prejuízos ao nível da atenção seletiva, do reconhecimento da voz, da resolução temporal, da ordenação temporal e da localização sonora. Relativamente à alteração auditiva periférica, esta pode comprometer a comunicação pela barreira na compreensão da fala, devido a dificuldade de inteligibilidade (Cortes et al., 2023).

Estas alterações auditivas após o AVC dificultam a comunicação e compreensão auditiva, revelando-se de suma importância para a comunicação humana (Garcia et al., 2007). Além

disso, é de ter em consideração que o processo de envelhecimento também pode causar prejuízo neste domínio e comprometer a comunicação verbal.

A avaliação do par craniano vestibulococlear (VIII) pode indicar compromisso na audição (Guyton & Hall, 2011). A identificação deste domínio visa a implementação de atividades diagnósticas que permitam identificar um eventual compromisso.

### **Perceção corporal**

O compromisso na perceção corporal pode indicar a incapacidade da pessoa em relatar, responder ou orientar estímulos sensoriais no lado contralateral à lesão cerebral (Teasell & Hussein, 2020).

Existe a diminuição da capacidade de processamento de informações espaciais, uma vez que a pessoa ignora ou perde a consciência dos objetos ou do seu contexto em redor. Esta dificuldade em caracterizar, responder ou orientar estímulos sensoriais apresentados no lado contralateral à lesão cerebral, quando emerge de forma evidente nos primeiros dias após o AVC, indica gravidade (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Winstein et al., 2016).

A apresentação clínica do compromisso da perceção corporal é complexa e difere de pessoa para pessoa (Blackport et al., 2020), e é de salientar que a negligência corporal é mais frequente em lesões cerebrais do hemisfério direito (Esposito et al., 2021).

Tendo em conta a lesão neurológica do protagonista deste estudo de caso, torna-se importante a identificação deste domínio.

### **Reflexo corneano**

A avaliação dos pares cranianos faz parte do exame neurológico e é um teste basilar para a avaliação do estado clínico da pessoa com AVC, na sua fase aguda (Teasel et al., 2020; DGS, 2017; Jauch et al., 2013).

A avaliação do reflexo corneano corresponde à avaliação do par craniano, o trigémeo (V par), através de um toque leve na córnea, que desencadeia uma resposta de pestanejar bilateral mediada pelo nervo facial (VII par). A ausência ou diminuição deste reflexo, pode indicar disfunção neurológica grave, sendo um marcador de prognóstico relevante na fase aguda do AVC (Teasel et al., 2020), daí ser importante a identificação deste domínio.

## **Comunicação**

Após um AVC, é comum o compromisso na comunicação, resultante das lesões cerebrais nas regiões linguísticas do cérebro, especificamente, no hemisfério cerebral esquerdo (LaCroix et al., 2021). Um compromisso neste domínio, é um dos desfechos mais debilitantes para a pessoa vítima de um evento cerebral agudo, e está sobejamente reconhecido como fator de impacto profundo e negativo na QdV da pessoa que dele padece (Wilson & Schneck, 2021).

A afasia, pode ser caracterizada, genericamente, como fluente e não fluente e deve ser parametrizada quanto à nomeação, repetição, fluência, compreensão oral, leitura e escrita, com o objetivo de identificar quais são as alterações objetivas no processo comunicacional (Fonseca, 2018).

Um distúrbio na comunicação pode e deve ser descrito de forma sistemática, uma vez que o mesmo poderá corresponder não só a um compromisso na fala (afasia motora, apraxia, disartria) mas, também, na compreensão (afasia sensitiva), na leitura (alexia) e na escrita (agrafia) (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Assim, torna-se essencial a avaliação da comunicação, principalmente nas primeiras 72h após o AVC (NICE, 2023). Para tal é necessária a identificação das alterações subjacentes aos parâmetros fundamentais da comunicação, com a utilização de instrumentos de apoio à tomada de decisão validados para o efeito (Fonseca, 2018).

O domínio da comunicação é uma área sensível à intervenção diferenciada do EEER e, neste caso em concreto, existe um interesse pessoal adicional em abordar esta temática, sendo que a mesma dá o nome ao presente relatório.

## **Sistema respiratório; Metabolismo; Termorregulação**

Na situação aguda após o diagnóstico de AVC, a atenção clínica deve ter em especial atenção a via aérea, a ventilação, a circulação, a temperatura e o perfil glicémico deve ser corrigido, caso seja necessário (Kasper et al., 2017).

Nesta fase, podem ocorrer alterações da homeostasia fisiológica, como o aumento da temperatura corporal, da glicemia capilar, da hipoxia, da hipertensão, etc. Por isso, é recomendado uma monitorização clínica rigorosa, onde se inclui a avaliação do estado de consciência, a glicemia capilar, a pressão arterial, a saturação de oxigénio, a hidratação e nutrição, a temperatura e o ritmo e frequência cardíaca (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Em termos respiratórios, é recomendado que a suplementação de oxigénio seja administrada caso a saturação periférica de oxigénio seja inferior a 95%, assim como, o suporte ventilatório quando a pessoa apresenta alteração do estado de consciência (Zhang et al., 2023). Em termos

metabólicos, os casos de hiper ou hipoglicemia podem levar a um prognóstico desfavorável (Zhang et al., 2023), enfatizando a importância do controle dos níveis glicémicos. A termorregulação é um processo do sistema regulador, que envolve o controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal. Assim, a avaliação da temperatura basal é considerada significativa em todas as diretrizes clínicas na pessoa após o AVC (Wijeratne et al., 2022). A hipotermia em doentes com AVC, está associada a risco aumentado de morte hospitalar e nos casos de hipertermia (isto é, temperatura superior a 38°C) devem ser identificadas e tratadas as possíveis causas (Powers et al., 2019).

Por estes motivos, torna-se relevante a identificação destes domínios neste estudo de caso.

### **Sistema cardiovascular**

Na fase aguda após o diagnóstico de AVC, a vigilância e monitorização estrita da condição cardiovascular da pessoa, deve ser considerada como um indicador de prognóstico clínico. Desta forma, a avaliação da pressão arterial, do ritmo e da frequência cardíaca, assume um papel essencial na orientação terapêutica (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Kasper et al., 2017).

Nos casos de hipotensão ou hipovolémia, o seu controlo deve ser criterioso, de forma a manter os níveis de perfusão sistémica necessários para manter a perfusão cerebral. Nos casos de hipertensão arterial, esta deve ser corrigida tendo em conta as restantes comorbilidades da pessoa (Zhang et al., 2023).

Sendo este estudo de caso referente a um AVC, torna-se essencial considerar este domínio na avaliação e na abordagem terapêutica.

### **Mastigação; Deglutição**

A deficiência orofacial, após a ocorrência de um AVC, pode ter como sintomas mesuráveis, o ato de mastigação diminuído e a deglutição comprometida.

A diminuição da força e da insuficiência da mastigação, pode surgir por atonia dos lábios, língua e garganta, causando dificuldades na preparação oral do alimento para deglutir, repercutindo-se na QdV da pessoa (Pinto, 2022). O nervo facial tem uma multiplicidade de funções, no que se refere à mastigação, discurso e mímica facial (Pinto, 2022). Aquando de um AVC, podem surgir afetações neurológicas relacionadas com a nervação facial que comprometem a força e a coordenação da musculatura orofacial e, portanto, da mastigação (Pinto, 2022).

Também a deglutição é coordenada por um conjunto de ações neuromusculares (Dziewas et al.,

2021). Após um AVC, estas estruturas podem ficar danificadas causando alterações na deglutição (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Dziewas et al., 2021). As dificuldades na deglutição de sólidos, líquidos ou até mesmo da saliva, apresentam uma incidência elevada, estando associado, também, ao aumento do tempo de internamento, de infeções respiratórias por aspiração e consequente pneumonia, desidratação e deficiência nutricional (Arnold et al., 2016), aumento de incapacidade funcional e ainda morte (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; NICE, 2023; Dziewas et al., 2021).

Tendo isto em conta, torna-se fundamental identificar e avaliar os domínios da mastigação e deglutição na fase aguda do AVC, permitindo o diagnóstico precoce de alterações e a implementação de intervenções adequadas.

### **Eliminação intestinal**

A perda de continência fecal é uma disfunção comum na fase aguda após o AVC, estando associada a uma maior severidade da lesão cerebral sendo, também, mais difícil de a gerir (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

As lesões ao nível do sistema nervoso central podem causar desregulações da função do cólon, bem como, a descoordenação do esfíncter anal e o aumento do tempo de trânsito intestinal, o que resulta em obstipação (Ma et al., 2023). Alterações intestinais, também, podem persistir devido à diminuição da mobilidade da pessoa, à perda de motricidade fina, às alterações visuais e cognitivas ou às dificuldades na comunicação (Sadeghi et al., 2023).

A incontinência pode causar estigma social, maior necessidade de cuidados de saúde e aumento do risco de lesões cutâneas (Winstein et al., 2016). Esta é uma parte essencial do processo de reabilitação, tal como previsto no Regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), daí que seja relevante a identificação deste domínio.

### **Eliminação urinária**

O trato urinário é controlado por circuitos neuronais complexos no cérebro e medula espinhal sendo que, qualquer alteração nestes circuitos, implica uma alteração do controlo da eliminação urinária (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

No caso concreto do AVC, as alterações destes circuitos não estão limitadas a uma área cerebral específica, mas estão relacionadas à extensão da lesão cerebral, resultando numa perda de inibição voluntária da micção, ou seja, incontinência urinária (Fry, et al., 2024; Cruz et al., 2022;).

A incontinência urinária não se trata apenas de uma complicação imediata após o AVC, mas de

um problema que se mantém ao longo do tempo de recuperação, relacionando-se diretamente com a lesão cerebral ou indiretamente com causas motoras, cognitivas e de comunicação, tendo implicações na QdV da pessoa (Sadeghi et al., 2023).

Portanto, a identificação deste domínio revela-se fundamental e indispensável, neste estudo de caso.

### **Pele e mucosas**

A integridade da pele e mucosas é vital em qualquer protocolo de prevenção e é um desafio para o enfermeiro.

Estes domínios ficam em risco de compromisso na pessoa com AVC, quando um conjunto de condições a torna mais suscetível ao desenvolvimento de lesões cutâneas, essencialmente, nas situações que combinam a falta de mobilidade com a alteração cognitiva, a diminuição da sensibilidade, o défice nutricional, assim como, com o aumento do tempo de hospitalização (Teasell & Hussein, 2020; Yashchuk, 2019).

A identificação deste domínio é, portanto, importante para este estudo de caso.

### **Sono**

Os distúrbios do sono, especialmente, relacionados à duração inadequada e à irregularidade dos horários de descanso, têm sido identificados como fatores de risco para o desenvolvimento e/ou agravamento de condições cardiovasculares (Homem et al., 2022).

Tendo em conta o impacto da qualidade do sono na energia da pessoa e, conseqüentemente, no seu envolvimento e disposição para participar ativamente nas atividades do processo de reabilitação, justifica-se a importância da sua identificação, neste estudo de caso.

### **Autoconceito**

O autoconceito pode ser definido como a construção teórica que a pessoa realiza sobre si mesma, a partir da sua interação com a sociedade em que se insere. Esta autoconstrução é um reflexo das percepções, conjeturas e idealizações que a pessoa realiza a respeito da influência que o seu próprio perfil, enquanto pessoa, exerce sobre os outros, condicionando o julgamento que possam fazer, somado a uma espécie de auto sentimento de orgulho ou vergonha, resultante desta interação social (Batista, Saldanha & Furtado, 2017).

Atendendo à situação clínica que vivencia o Sr. MX, especificamente, a perturbação da

comunicação como causa sequelar do AVC, torna-se pertinente identificar este domínio.

### **Emoção**

As emoções como a ansiedade e a depressão, podem surgir após um evento crítico neurológico como o AVC, o que pode ter um impacto debilitante na pessoa (Ahrens et al., 2023).

No que diz respeito à ansiedade, quando presente em níveis adequados, pode favorecer um sentido de autoproteção e estimular comportamentos saudáveis, essenciais para a gestão da doença. Já a depressão, pode afetar não apenas o bem-estar emocional da pessoa mas, também, a capacidade de realizar as suas atividades diárias e a capacidade de interação social, o que se repercute negativamente na sua QdV.

Após um AVC, esta reação psicológica na pessoa pode ser normal, uma vez que vê a sua vida ameaçada pelas mudanças físicas, cognitivas e emocionais que acompanham a recuperação (Lin et al., 2022), daí ser pertinente a identificação deste domínio no caso em estudo.

### **Memória**

A memória é definida como o ato mental através do qual são armazenadas as recordações, as sensações, as impressões, as ideias e os pensamentos (ICN, 2019). A avaliação da memória é importante para a adequação dos cuidados em saúde (Winstein et al., 2016), considerando, também que os défices de memória podem limitar a independência funcional (Guzek et al., 2024; Teasell, & Hussein, 2020).

A memória e a aprendizagem estão interligadas e são indissociáveis no processamento de informações, sendo responsáveis, em conjunto, pela aquisição de novos conhecimentos e pela retenção dos já adquiridos (Piper, 2013). Dessa forma, é fundamental que a pessoa mantenha a memória preservada, a fim de integrar eficazmente as estratégias no processo de reabilitação.

O compromisso na memória decorrente do AVC é frequente (Sullivan et al., 2023), o que justifica a importância da identificação deste domínio neste estudo de caso.

### **Autocuidado: Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se ou despir-se; Alimentar-se**

O autocuidado é a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promover e manter a saúde, prevenir doenças e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde (WHO, 2021).

O referencial teórico de autocuidado de Dorothea Orem vincula-se com a prática do exercício do EEER, uma vez que concede particular destaque à pessoa com défice no autocuidado, identificando as suas limitações e intervindo para a ajudar na capacitação de novas formas de concretizar as suas AVD's (Silva et al., 2020).

Após um AVC, é crucial que a pessoa recupere ao máximo a independência que possuía (Santos et al., 2021) e, deste modo, a atenção por parte do EEER, será no sentido de ser facilitadora de processos adaptativos à sua nova condição de vida. Dotar a pessoa com estratégias para alcançar o máximo de independência possível, constitui um desafio permanente e complexo para o EEER, com impacto positivo na QdV da pessoa e respetivas famílias (Petronilho et al., 2021).

No caso em concreto deste estudo de caso, salienta-se que a pessoa foi admitida na Unidade de AVC, sendo restringida e condicionada a uma vigilância hemodinâmica em repouso, durante as primeiras 48 horas. Nesta condição é concebível uma compensação total por parte do EEER. No entanto, esta dependência funcional deverá ser avaliada consecutivamente, para determinar os domínios que estão comprometidos como causa sequelar do AVC. Da mesma forma, deve ter-se em consideração o desconhecimento de estratégias e dinâmicas necessárias, para concretizar as ações de autocuidado, de forma autónoma e independente, daí a necessidade de avaliar este domínio.

## **Andar**

O compromisso na marcha, ou seja, na capacidade de andar, pode ser uma das repercussões mais devastadoras do AVC. Mesmo a pessoa tendo capacidade para a locomoção, quando apresenta um padrão instável, ineficiente e, consecutivamente, associado a um maior risco de queda, a ação do EEER torna-se relevante, uma vez que se trata de um domínio com as características mais sugestivas de maior dependência funcional (Winstein et al., 2016).

Este domínio torna-se, também, evidente na sequência do processo natural do envelhecimento, uma vez que é condicionado pela integridade de alguns sistemas e estruturas corporais, como a postura corporal, a função vestibular, a propriocepção, a visão, entre outros, sendo que uma qualquer alteração nestes sistemas, pode comprometer o ciclo da marcha (Zhai et al., 2023).

No estudo de caso apresentado, as atividades diagnósticas são fundamentais, para o processo de conceção de cuidados e passam pela avaliação de outros domínios, como a força muscular, o movimento articular, o equilíbrio estático e dinâmico, cujo compromisso, pode discriminar uma alteração no andar, comum no AVC (Menoita et al., 2012).

### **Autogestão do regime medicamentoso; Padrão alimentar e Padrão de exercício**

A doença crónica, nomeadamente o AVC, tem um forte impacto na capacidade da pessoa em satisfazer as suas necessidades de autocuidado e no desenvolvimento de estratégias de autogestão dos fatores de risco cardiovascular (Oliveira, 2015).

Neste caso, torna-se essencial, que o Sr. MX incorpore e adote comportamentos de saúde, para uma gestão eficaz da doença, limitando as alterações negativas na sua QdV. Intervenções no âmbito da autogestão da doença, incluem a adesão e autogestão do regime medicamentoso, adesão ao regime de exercício e regime dietético, controlo da hipertensão arterial, dislipidemia, autogestão emocional, entre outras (Lin et. al., 2022; Homem et al., 2022)

A capacidade para gerir a medicação, é definida como a competência funcional e cognitiva da pessoa para autogerir o regime medicamentoso. Tendo o AVC alguns fatores modificáveis relacionados com o estado nutricional e os hábitos dietéticos, são reconhecidos vários fatores alimentares que favorecem ou protegem contra o AVC, salientando-se a dieta mediterrânica e o aumento do consumo de legumes (Ribas, 2019).

A evidência científica indica, também, que o exercício físico deve ter início o mais cedo possível, assim que estejam reunidas as condições hemodinâmicas necessárias, sendo uma medida vantajosa para a pessoa que sofreu um AVC (Costa, 2019).

As ações educacionais, motivacionais ou comportamentais realizadas pelo EEER, podem melhorar esta adesão e, está demonstrado, que envolver a pessoa na conceção do plano terapêutico personalizado melhora a sua adesão (Homem et al., 2022), fato pelo qual, estes domínios devem ser identificados.

### **Status neurológico**

O EEER deve proceder à avaliação inicial da pessoa com AVC, tendo em conta a sua condição clínica e necessidades (Araújo et al., 2021), fundamentando o seu critério de avaliação com a utilização de instrumentos de medida, em função dos objetivos estipulados e o plano de intervenção planeado.

Desta forma, a avaliação do status neurológico deve ser fundamentada pelo quadro clínico, objetivado pelo exame neurológico e complementado com a informação disponível dos relatórios clínicos e exames de imagem (Sebastião, 2016). Além disso, a utilização de escalas de classificação da gravidade do AVC, como a NIHSS, para avaliação do estado neurológico torna-se fundamental. Esta avaliação pode e deve ser complementada pela avaliação dos doze pares cranianos caracterizando com mais profundidade o status neurológico (Powers et al., 2019).

### 3.6. Concessão de Cuidados

#### Consciência

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Consciente.

24-09-2024 08:00 - Estado de consciência avaliada através de Escala de Coma de Glasgow: Abertura ocular: Espontânea (4); Reposta verbal: Orientada (5); Resposta motora: Cumpre ordens (6); Score total: 15/15.

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem Horário]*

01-10-2024 10:00 - Consciente.

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da consciência**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciência [1x/sessão]*

01-10-2024 10:00 - Abertura dos olhos: espontânea.

01-10-2024 10:00 - Resposta verbal: orientada.

01-10-2024 10:00 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

#### Força muscular

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Força - contração muscular

24-09-2024 08:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial.

24-09-2024 08:00 - Face Esquerda(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações.

24-09-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-09-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

24-09-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-09-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

24-09-2024 08:00 - Avaliação da simetria e tónus muscular da face, em repouso e em movimento, segundo a Escala de House-Brackmann (House & Brackmann, 1985) - Face direita(o): Parésia facial central direita ligeira, apenas detectável com inspeção cuidada; fecha o olho direito completamente com mínimo esforço; assimetria só no sorriso forçado; sem complicações (espasmos, contraturas e sincinesias) - Disfunção Ligeira (Grau 2); Face Esquerda(o): Função Normal (Grau 1).

24-09-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a escala de avaliação de força muscular Medical Research Council modificada (1943), no sentido cefalocaudal, da porção proximal para a porção distal e de forma segmentar das cadeias musculares do MSD: OMBRO [flexão (músculos: peitoral maior, porção anterior do deltoide, coracobraquial e bicípite braquial); extensão (músculos: deltoide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e

peitoral maior); abdução (músculos: supraespinhoso e deltoide); adução (músculos: peitoral maior, dorsal e redondo maior); rotação interna (músculos: subescapular e redondo maior); rotação externa (músculos: infraespinhoso e redondo menor); COTOVELO [flexão (músculos: braquial, braquiorradial e bíceps); extensão (músculos: tríceps e ancónio); pronação do antebraço (músculos: pronador redondo e pronador quadrado); supinação do antebraço (músculo supinador radio-ulnar)]; PUNHO [flexão (músculos: flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo); extensão (músculos: extensor radial longo do carpo, extensor radial curto do carpo, extensor ulnar do carpo)]; MÃO [músculos flexores profundos e extensores comuns, abdutores e adutores dos dedos; músculos flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar] - movimento ativo contra a gravidade e contra moderada resistência, com referência apenas a uma leve diferença (Grau 4).

24-09-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a escala de avaliação de força muscular Medical Research Council modificada(1943), no sentido cefalocaudal, da porção proximal para a porção distal e de forma segmentar das cadeias musculares do MID: ANCA [flexão (músculos: iliopsoas, reto femoral, sartório e tensor da fáscia lata); extensão (músculos: glúteo máximo e isquiotibiais); abdução (músculos: glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata); adução (músculos: adutor longo, adutor curto, adutor magno, pectíneo e grácil); rotação interna (músculos: íliaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral); rotação externa (músculos: glúteo máximo, piriforme, obturador interno e externo, gêmeo superior e inferior, quadrado femoral e sartório)]; JOELHO [flexão (músculos: bíceps femoral, semitendíneo, semimembranoso, sartório, grácil, gastrocnémio e poplíteo); extensão (músculos: quadríceps femoral, vasto lateral, medial e intermédio e tensor da fáscia lata)]; PÉ [dorsiflexão (músculos: gastrocnémio, solear, plantar, tibial posterior, flexor longo dos dedos, flexor longo do hálux, fibular longo e fibular curto); flexão plantar (músculos: tibial anterior, extensores longo dos dedos e extensor longo do hálux); inversão (músculos: tibial anterior, tibial posterior, flexor longo do hálux e flexor longo dos dedos); eversão (músculos: fibular longo e curto e extensores longos dos dedos)] - movimento ativo contra a gravidade e contra moderada resistência, com referência apenas a uma leve diferença (Grau 4).

24-09-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a escala de avaliação de força muscular Medical Research Council modificada(1943), no sentido cefalocaudal, da porção proximal para a porção distal e de forma segmentar das cadeias musculares do MSE: OMBRO [flexão (músculos: peitoral maior, porção anterior do deltoide, coracobraquial e bicípite braquial); extensão (músculos: deltoide posterior, dorsal, redondo maior, tríceps e peitoral maior); abdução (músculos: supraespinhoso e deltoide); adução (músculos: peitoral maior, dorsal e redondo maior); rotação interna (músculos: subescapular e redondo maior); rotação externa (músculos: infraespinhoso e redondo menor)]; COTOVELO [flexão (músculos: braquial, braquiorradial e bíceps); extensão (músculos: tríceps e ancónio); pronação do antebraço (músculos: pronador redondo e pronador quadrado); supinação do antebraço (músculo supinador radio-ulnar)]; PUNHO [flexão (músculos: flexor radial do carpo, flexor ulnar do carpo e palmar longo); extensão (músculos: extensor radial longo do carpo, extensor radial curto do carpo, extensor ulnar do carpo)]; MÃO [músculos flexores profundos e extensores comuns, abdutores e adutores dos dedos; músculos flexores, extensores, abdutores e adutores do polegar] - movimento ativo contra a gravidade e

contra a resistência (Grau 5).

24-09-2024 08:00 - Avaliação da força muscular, segundo a escala de avaliação de força muscular Medical Research Council modificada (1943), no sentido cefalocaudal, da porção proximal para a porção distal e de forma segmentar das cadeias musculares do MIE: ANCA [flexão (músculos: iliopsoas, reto femoral, sartório e tensor da fáscia lata); extensão (músculos: glúteo máximo e isquiotibiais); abdução (músculos: glúteo médio, glúteo mínimo e tensor da fáscia lata); adução (músculos: adutor longo, adutor curto, adutor magno, pectíneo e grácil); rotação interna (músculos: íliaco, psoas maior e menor, obturador interno, gêmeo superior e inferior, piriforme e quadrado femoral); rotação externa (músculos: glúteo máximo, piriforme, obturador interno e externo, gêmeo superior e inferior, quadrado femoral e sartório)]; JOELHO [flexão (músculos: bíceps femoral, semitendíneo, semimembranoso, sartório, grácil, gastrocnémio e poplíteo); extensão (músculos: quadríceps femoral, vasto lateral, medial e intermédio e tensor da fáscia lata)]; PÉ [dorsiflexão (músculos: gastrocnémio, solear, plantar, tibial posterior, flexor longo dos dedos, flexor longo do hálux, fibular longo e fibular curto); flexão plantar (músculos: tibial anterior, extensores longo dos dedos e extensor longo do hálux); inversão (músculos: tibial anterior, tibial posterior, flexor longo do hálux e flexor longo dos dedos); eversão (músculos: fibular longo e curto e extensores longos dos dedos)] - movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência (Grau 5).

24-09-2024 08:00 - Dinamometria: Avaliação da força muscular da mão dominante (direita), com dinamómetro digital manual: 28,7KgF - Força ligeiramente diminuída. Avaliação da força muscular da mão não dominante (esquerda), com dinamómetro digital manual: 29.3KgF - Força normal.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do VII par craniano - nervo facial: elevação das sobrancelhas simétrica, oclusão palpebral preservada e simétrica, desvio da comissura labial sem apagamento do sulco nasolabial à direita.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do XI par craniano - nervo acessório: flexão e lateralização bilateral e simétrica do pescoço contra resistência, hiperextensão do pescoço contra resistência; elevação bilateral simétrica de ombros passiva e contra resistência.

#### **24-09-2024 08:00 - Paresia**

##### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da força muscular**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Força - contração muscular

01-10-2024 10:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MANTEVE].

##### **24-09-2024 08:00 - Melhorar força muscular**

*24-09-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))*

[1x/sessão]

24-09-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

[1x/sessão]

#### **24-09-2024 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares**

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]**

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM]

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

#### **24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão] [FIM] 01-10-2024 10:00

#### **24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os

*exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

01-10-2024 10:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

*24-09-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão] [FIM]*

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares.

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Avaliação da simetria e tónus muscular da face direita em repouso e em movimento, segundo a Escala de House-Brackmann (House & Brackmann, 1985) - Disfunção Ligeira (Grau 2)

01-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o) - Avaliação da força muscular, segundo a escala de avaliação da força muscular Medical Research Council modificada (1943), no sentido cefalocaudal, da porção proximal para a porção distal e de forma segmentar das cadeias musculares do MSD: OMBRO: Grau 4+; COTOVELO: Grau 4+; MÃO: Grau 4+. [MELHOROU]

01-10-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o) - Avaliação da força muscular, segundo a escala de avaliação da força muscular Medical Research Council modificada (1943), no sentido cefalocaudal, da porção proximal para a porção distal e de forma segmentar das cadeias musculares do MID: ANCA: Grau 4+; JOELHO: Grau 4+; PÉ: Grau 4+. [MELHOROU]

01-10-2024 10:00 - Avaliação da força muscular da mão dominante (direita), com dinamómetro digital manual: 29,1 KgF. [MELHOROU]

### **Movimento articular**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Articulação

24-09-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.

24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.

24-09-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.

24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.

24-09-2024 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.

24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.

24-09-2024 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.

24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.

24-09-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.

- 24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular total.  
24-09-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.  
24-09-2024 08:00 - mobilidade articular limitada.  
24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR PASSIVO - MSD. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do ombro Direita(o): Abdução - 170 graus; Adução (plano frontal) - 32 graus; Adução (plano transversal) - 35 graus; Flexão - 170 graus; Extensão - 43 graus; Rotação interna - 55 graus; Rotação externa - 70 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do antebraço Direita(o): Supinação - 90 graus; Pronação - 90 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão - 140 graus; antebraço; Extensão - 5 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do Punho Direita(o): Flexão - 85 graus; Extensão - 66 graus; Desvio cubital - 40 graus; Desvio radial - 20 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação dos Dedos da mão Direita(o): Flexão - 75 graus; Extensão - 10 graus; Circundação do polegar - 30 graus; Oponência do polegar - 65 graus.  
24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR PASSIVO - MID. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação da anca Direita(o): Abdução - 45 graus; Adução - 15 graus; Flexão - 125 graus; Extensão - 8 graus; Rotação interna - 45 graus; Rotação externa - 45 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do joelho Direita(o): Flexão - 130 graus; Extensão - 6 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão/Dorsiflexão - 25 graus; Extensão/Flexão plantar - 35 graus; Eversão - 25 graus; Inversão - 35 graus.  
24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR PASSIVO - MSE. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do ombro Esquerda(o): Abdução - 170 graus;

Adução (plano frontal) – 32 graus; Adução (plano transverso) – 35 graus; Flexão – 170 graus; Extensão – 43 graus; Rotação interna – 55 graus; Rotação externa – 70 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do antebraço Esquerda(o): Supinação – 90 graus; Pronação – 90 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão – 140 graus; antebraço; Extensão – 5 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do Punho Esquerda(o): Flexão – 85 graus; Extensão – 66 graus; Desvio cubital – 40 graus; Desvio radial – 20 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação dos Dedos da mão Esquerda(o): Flexão – 75 graus; Extensão – 10 graus; Circundação do polegar – 30 graus; Oponência do polegar – 65 graus.

24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR PASSIVO - MIE. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação da anca Esquerda(o): Abdução – 45 graus; Adução – 15 graus; Flexão – 125 graus; Extensão – 8 graus; Rotação interna – 45 graus; Rotação externa – 45 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão – 130 graus; Extensão – 6 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão/Dorsiflexão – 25 graus; Extensão/Flexão plantar – 35 graus; Eversão – 25 graus; Inversão – 35 graus.

24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR ATIVO - MSD: Mobilidade articular limitada. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do ombro Direita(o): Abdução – 170 graus; Adução (plano frontal) – 28 graus; Adução (plano transverso) – 32 graus; Flexão – 167 graus; Extensão – 43 graus; Rotação interna – 55 graus; Rotação externa – 68 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do antebraço Direita(o): Supinação – 90 graus; Pronação – 90 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão – 136 graus; antebraço; Extensão – 5 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do Punho Direita(o): Flexão – 83 graus; Extensão – 63 graus; Desvio cubital – 38 graus; Desvio radial – 18 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação dos Dedos da mão Direita(o): Flexão – 75 graus; Extensão – 10 graus; Circundação do polegar – 30 graus; Oponência do polegar – 65 graus.

24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR ATIVO - MID: Mobilidade articular limitada. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação da anca Direita(o): Abdução – 45 graus; Adução – 15 graus; Flexão – 120 graus; Extensão – 8 graus; Rotação interna – 45 graus; Rotação externa – 45 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do joelho Direita(o): Flexão – 128 graus; Extensão – 5 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão/Dorsiflexão – 25 graus; Extensão/Flexão plantar – 35 graus; Eversão – 23 graus; Inversão – 35 graus.

24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR ATIVO - MSE. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do ombro Esquerda(o): Abdução – 170 graus; Adução (plano frontal) – 28 graus; Adução (plano transverso) – 32 graus; Flexão – 167 graus; Extensão – 43 graus; Rotação interna – 55 graus; Rotação externa – 68 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do antebraço Esquerda(o): Supinação – 90 graus; Pronação – 90 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão – 136 graus; antebraço; Extensão – 5 graus. Avaliação da

amplitude articular com goniómetro da Articulação do Punho Esquerda(o): Flexão - 83 graus; Extensão - 63 graus; Desvio cubital - 38 graus; Desvio radial - 18 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação dos Dedos da mão Esquerda(o): Flexão - 75 graus; Extensão - 10 graus; Circundação do polegar - 30 graus; Oponência do polegar - 65 graus.

24-09-2024 08:00 - MOVIMENTO ARTICULAR ATIVO - MIE. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação da anca Esquerda(o): Abdução - 45 graus; Adução - 15 graus; Flexão - 120 graus; Extensão - 8 graus; Rotação interna - 45 graus; Rotação externa - 45 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão - 128 graus; Extensão - 5 graus. Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão/Dorsiflexão - 25 graus; Extensão/Flexão plantar - 35 graus; Eversão - 23 graus; Inversão - 35 graus.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da mobilidade articular**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da mobilidade articular [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Articulação

01-10-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Abdução.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Adução.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Punho Direita(o): Flexão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Punho Direita(o): Extensão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Flexão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.

01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Extensão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.  
01-10-2024 10:00 - mobilidade articular limitada [MANTEVE].

#### **24-09-2024 08:00 - Movimento articular comprometido**

##### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da amplitude articular**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da amplitude articular (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão ou SOS]*

##### **24-09-2024 08:00 - Evitar agravamento do compromisso do movimento articular**

*24-09-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão]*

*24-09-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço*

*Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão]*

**24-09-2024 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares**

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular**

[RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: facilitadora [MELHOROU].

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão] [FIM]*

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o),*

*Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão] [FIM]  
01-10-2024 10:00*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação do cotovelo Direita(o), Antebraço Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o), Punho Direita(o), Ombro Direita(o), Dedos da mão Direita(o)) [1x/sessão] [FIM]  
01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM]  
01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - MOVIMENTO ARTICULAR ATIVO – MSD: Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação do OMBRO Direita(o): Abdução – 173 graus; Adução (plano frontal) – 30 graus; Adução (plano transversal) – 35 graus; Flexão – 170 graus; Extensão – 45 graus; Rotação interna – 60 graus; Rotação externa – 70 graus. Articulação do ANTEBRAÇO Direita(o): Supinação – 90 graus; Pronação – 90 graus. Articulação do COTOVELO Direita(o): Flexão – 140 graus; Extensão – 8 graus. Articulação do PUNHO Direita(o): Flexão – 86 graus; Extensão – 67 graus; Desvio cubital – 40 graus; Desvio radial – 20 graus. Articulação dos DEDOS DA MÃO Direita(o): Flexão – 77 graus; Extensão – 12 graus; Circundação do polegar – 34 graus; Oponência do polegar – 70 graus. [MELHOROU]

01-10-2024 10:00 - MOVIMENTO ARTICULAR ATIVO – MID: Avaliação da amplitude articular com goniómetro da Articulação da ANCA Direita(o): Abdução – 48 graus; Adução – 17 graus; Flexão – 130 graus; Extensão – 10 graus; Rotação interna – 50 graus; Rotação externa – 48 graus. Articulação do JOELHO Direita(o): Flexão – 135 graus; Extensão – 7 graus. Articulação do TORNOZELO Direita(o): Flexão/Dorsiflexão – 27 graus; Extensão/Flexão plantar – 37 graus; Eversão – 26 graus; Inversão – 37 graus. [MELHOROU]

**Tónus muscular**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Tónus

24-09-2024 08:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.

24-09-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-09-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência

muscular.

24-09-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-09-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

24-09-2024 08:00 - Avaliação do tónus muscular com recurso à Escala Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987) – MSD: movimento articular passivo sem resistência muscular (sem aumento do tónus muscular - Grau 0); MID: movimento articular passivo sem resistência muscular (sem aumento do tónus muscular - Grau 0); MSE: movimento articular passivo sem resistência muscular (sem aumento do tónus muscular - Grau 0); MIE: movimento articular passivo sem resistência muscular (sem aumento do tónus muscular - Grau 0).

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do tónus muscular**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do tónus muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Tónus

01-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Avaliação do tónus muscular com recurso à Escala Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987) - MSD e MID: sem aumento do tónus muscular (Grau 0).

#### **Função motora fina**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Destreza manual

24-09-2024 08:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade.

24-09-2024 08:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

#### **24-09-2024 08:00 - Função motora fina comprometida**

##### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da função motora fina**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da função motora fina (Direita(o)) [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Destreza manual

01-10-2024 10:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade [MANTEVE].

##### **24-09-2024 08:00 - Promover adesão: treino da função motora fina**

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino da função motora fina: não

dificultador.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina (Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios da função motora fina** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina (Direita(o)) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Instruir exercícios da função motora fina (Direita(o)) [1x/sessão] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Treinar a função motora fina (Direita(o)) [1x/sessão] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino da função motora fina [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Realiza treino da função motora fina de acordo com a recomendação.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino da função motora fina.

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Refere melhoria na evolução da função motora fina. [MELHOROU]

**Equilíbrio estático**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

24-09-2024 08:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

24-09-2024 08:00 - Equilíbrio estático - Avaliação do equilíbrio através do Índice de Tinetti (Petiz, 2002) - TESTE DE EQUILÍBRIO: equilíbrio sentado - estável, seguro (2); capaz na 1ª tentativa sem usar os braços (2); equilíbrio imediato na postura vertical, nos primeiros 5 segundos - estável, sem qualquer tipo de ajudas (2); equilíbrio em pé com os pés paralelos - pés próximos e sem ajudas (2); pequenos desequilíbrios na posição vertical - estável (2); fechar os olhos na mesma posição - estável (1); volta de 360º - estável mas dá passos descontínuos (1); apoio unipodal durante 5 segundos - tenta segurar-se a qualquer objeto (0); sentar-se - seguro, movimento harmonioso (2). [Score total: 14/16].

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do VIII par craniano - nervo vestibulococlear: sem presença de nistagmo ou sensação de vertigem; prova de Romberg negativa.

**24-09-2024 08:00 - Equilíbrio estático comprometido** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático** [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1x/sessão ou SOS] [FIM]

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MELHOROU].

**24-09-2024 08:00 - Melhorar equilíbrio estático** [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático [1x/sessão] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]

01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Prevenir queda** [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]

[FIM] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas** [FIM]

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

**24-09-2024 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático** [FIM]

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio** [RESOLVIDO]

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os

*exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

*24-09-2024 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio estático [1x/sessão] [FIM]*

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Treinar equilíbrio estático [1x/sessão] [FIM]* 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

*24-09-2024 08:00 - Treinar equilíbrio estático [1x/sessão] [FIM]* 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Realiza treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio estático.

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Avaliação do equilíbrio através do Índice de Tinetti (Petiz, 2002) - TESTE DE EQUILÍBRIO: equilíbrio sentado - estável, seguro (2); capaz na 1ª tentativa sem usar os braços (2); equilíbrio imediato na postura vertical, nos primeiros 5 segundos - estável, sem qualquer tipo de ajudas (2); equilíbrio em pé com os pés paralelos - pés próximos e sem ajudas (2); pequenos desequilíbrios na posição vertical - estável (2); fechar os olhos na mesma posição - estável (1); volta de 360º - estável mas dá passos descontínuos (1); apoio unipodal durante 5 segundos - aguenta 5 segundos de forma estável (1); sentar-se - seguro, movimento harmonioso (2). (Score total: 15/16). [MELHOROU]

**Equilíbrio dinâmico**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio.

24-09-2024 08:00 - Controlo postural em movimento: Estabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se; ligeira instabilidade ao rodar-se sobre si próprio; ligeiro desvio ao andar em linha. Equilíbrio dinâmico - Avaliação do equilíbrio através do Índice de Tinetti (Petiz, 2002) - TESTE DE MARCHA: iniciação da marcha - sem hesitação (1); largura do passo do pé direito - ultrapassa o pé esquerdo em apoio (1); altura do passo do pé direito - o pé direito eleva-se completamente do solo (1); largura do passo do pé esquerdo - ultrapassa o pé direito em apoio (1); altura do passo do pé esquerdo - o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo (1); simetria do passo - comprimento do passo aparentemente simétrico (1); continuidade do passo - passos contínuos (1); percurso de 3 metros em linha - desvia-se ligeiramente da linha (1); estabilidade do tronco - sem oscilação, mas com flexão dos joelhos ou coluna, afasta ligeiramente os braços do tronco enquanto caminha (1); base de sustentação durante a marcha - calcanhares próximos (1). [Score total 10/12].

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do VIII par craniano - nervo vestibulococlear: sem presença de nistagmo ou sensação de vertigem; prova de Romberg negativa.

**24-09-2024 08:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido****24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio [MANTEVE].

**24-09-2024 08:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico**

*24-09-2024 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão]*

*24-09-2024 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio [1x/sessão ou SOS]*

**24-09-2024 08:00 - Prevenir queda**

*24-09-2024 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem Horário]*

*24-09-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]*

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00*

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS]*

**24-09-2024 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico**

24-09-2024 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo

postural e o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio** [RESOLVIDO]

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

*24-09-2024 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão] [FIM]*

01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x/sessão] [FIM]*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

*24-09-2024 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [1x/sessão] [FIM]*

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

*24-09-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [1x/sessão ou SOS] [FIM]*

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico [1x/sessão ou SOS]*

*01-10-2024 10:00 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.*

*01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico.*

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Avaliação do equilíbrio através do Índice de Tinetti (Petiz, 2002) - TESTE DE MARCHA: iniciação da marcha - sem hesitação (1); largura do passo do pé direito - ultrapassa o pé esquerdo em apoio (1); altura do passo do pé direito - o pé direito eleva-se completamente do solo (1); largura do passo do pé esquerdo - ultrapassa o pé direito em apoio (1); altura do passo do pé esquerdo - o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo (1); simetria do passo - comprimento do passo aparentemente simétrico (1); continuidade do

passo - passos contínuos (1); percurso de 3 metros em linha - desvia-se ligeiramente da linha (1); estabilidade do tronco - sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços (2); base de sustentação durante a marcha - calcanhares próximos (1). (Score total 11/12).

[MELHOROU]

### **Sensações somáticas**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Sem manifestação de prurido.

24-09-2024 08:00 - Sensibilidade superficial

24-09-2024 08:00 - Face Direita(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Face Esquerda(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Mão Direita(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

24-09-2024 08:00 - Pé Direita(o)

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

- 24-09-2024 08:00 - Pé Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 24-09-2024 08:00 - Sensibilidade profunda
- 24-09-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Mão Direita(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Pé Direita(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Pé Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.  
24-09-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 24-09-2024 08:00 - Sem manifestação de dor.
- 24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do V par craniano - nervo trigémio (Face Bilateral: ramo oftálmico, maxilar e mandibular): sem alteração da sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa.
- 24-09-2024 08:00 - Determinar sinais de dor**  
24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1x/sessão ou SOS]  
01-10-2024 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da sensibilidade**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da sensibilidade (Face Direita(o), Pé Direita(o), Mão Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Sensibilidade superficial

01-10-2024 10:00 - Face Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

01-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

01-10-2024 10:00 - Mão Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

01-10-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

01-10-2024 10:00 - Pé Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

01-10-2024 10:00 - Sensibilidade profunda

01-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

01-10-2024 10:00 - Mão Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

01-10-2024 10:00 - Membro inferior Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

01-10-2024 10:00 - Pé Direita(o)

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.

**Visão**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Acuidade visual

24-09-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do II par craniano – nervo ótico: sem alterações na avaliação da acuidade visual, campos visuais e fundo ocular.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica dos III/IV/VI pares cranianos – nervo oculomotor/troclear/abducente: pupilas isocóricas e fotorreativas, sem alterações dos movimentos oculares, sem alterações e assimetrias do encerramento das pálpebras.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da visão**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da visão [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Acuidade visual

01-10-2024 10:00 - Bilateral: sem compromisso.

**Audição**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Acuidade auditiva

24-09-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do VIII par craniano – nervo vestibulococlear: sem alterações nos testes de Weber e Rinne.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da audição**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da audição [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Acuidade auditiva

01-10-2024 10:00 - Bilateral: sem compromisso.

**Perceção corporal**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Perceção do corpo

24-09-2024 08:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

24-09-2024 08:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

24-09-2024 08:00 - Hemicorpo DIREITO e ESQUERDO: estereognosia (reconhece os objetos tesoura e caneta, através do tato com mão direita e esquerda); agrafestesia (reconhece as letras “M” e “P”, traçadas na pele); somatognosia (reconhece como seu o hemicorpo direito e hemicorpo esquerdo); nosognosia (reconhece a própria doença); prosopognosia (reconhece o rosto dos seus familiares e objetos apresentados); atenção sensitiva (reconhece o estímulo sensitivo doloroso e tátil em simultâneo); sem heminegligência (reconhece estímulos sensoriais localizados no lado contralateral à lesão cerebral).

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da negligência unilateral**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da negligência unilateral (Direita(o)) [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Perceção do corpo

01-10-2024 10:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Hemicorpo DIREITO: estereognosia, agrafestesia, somatognosia, nosognosia, prosopognosia, atenção sensitiva, sem heminegligência.

**Reflexo corneano**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Integridade do reflexo corneano

24-09-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do V par craniano - nervo trigémeo: reflexo corneano bilateral sem compromisso.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do reflexo corneano**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do reflexo corneano (Bilateral) [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Integridade do reflexo corneano

01-10-2024 10:00 - Bilateral: sem compromisso [MANTEVE].

**Comunicação verbal**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos.

24-09-2024 08:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

24-09-2024 08:00 - Avaliação da comunicação com recurso ao instrumento de avaliação Aphasia Rapid Test (Tábuas-Pereira et al., 2018): Compreensão - execução de duas ordens simples corretamente (0 pontos) e uma ordem em menos de dez segundos (0 pontos); Repetição - repetição de três palavras (0 + 0 + 1 pontos) e repetição de uma frase (frase reconhecível - 1 ponto); Nomeação - nomeação de três objetos (0 + 1 + 1 pontos); Disartria - sem disartria (0 pontos); Fluência - fluência verbal semântica (entre três e cinco palavras - 3 pontos). [Score 7/26].

24-09-2024 08:00 - Avaliação da comunicação com recurso ao instrumento de avaliação Beaside de Language (Cruz, Santos, Reis & Faísca, 2014): Discurso espontâneo - perguntar à pessoa o nome (resposta correta - 1 ponto), a morada (resposta em parafasia - 0.5 pontos) e de seguida mostrar uma imagem para descrever (só uma unidade de conteúdo - 1 ponto) [Score 2.5/5]; Compreensão - duas perguntas de sim/não relacionadas com o contexto (resposta correta - 1 + 1 pontos); duas ordens simples de complexidade crescente até três comandos (execução correta - 1 + 1 + 1 pontos) [Score 5/5]; Repetição - repetição de duas palavras (1 + 0 pontos) e três frases curtas (1 + 1 + 0 pontos) [Score 3/5]; Escrita - escrita do nome próprio e apelido (nome completo - 1 ponto); ditado de uma palavra e de um número com três dígitos (resposta incompleta - 0.5 pontos) e escrita de uma frase baseada numa imagem (duas unidades de conteúdo - 2 pontos) [Score 3.5/5]; Leitura - associação de três imagens com três palavras escritas (empareiramento correto dos três estímulos - 2 pontos); leitura e execução de uma ordem simples (leitura e execução corretas - 1 ponto); frase para completar com quatro elementos de escolha múltipla (seleção correta numa das frases - 1 ponto) [Score 4/5]. Score Total: 17.5/25.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da comunicação**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [1x/sessão ou SOS]*

**24-09-2024 08:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida**

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da comunicação**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

*24-09-2024 08:00 - Referenciar comunicação verbal expressiva comprometida a*

*Medicina Física e Reabilitação - Terapia da Fala [SOS]*

**24-09-2024 08:00 - Promover comunicação**

*24-09-2024 08:00 - Otimizar a comunicação com recurso a estratégias facilitadoras da comunicação [Sem Horário]*

**24-09-2024 08:00 - Promover autocontrolo: comunicação verbal expressiva**

*24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*24-09-2024 08:00 - Consciencialização sobre relação entre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva e a comunicação verbal expressiva: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*24-09-2024 08:00 - Capacidade para executar os exercícios promotores de comunicação verbal expressiva: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios promotores de comunicação verbal expressiva: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino de exercícios promotores de comunicação verbal expressiva: facilitador*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão ou SOS]*

*24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão]*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva e a comunicação verbal expressiva**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva e a comunicação verbal expressiva [1x/sessão ou SOS]*

*24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva e a comunicação verbal expressiva [1x/sessão ou SOS]*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar os exercícios promotores de comunicação verbal expressiva**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar os exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão ou SOS]*

*24-09-2024 08:00 - Instruir exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão]*

*24-09-2024 08:00 - Treinar exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão]*

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar os exercícios de promoção de comunicação verbal expressiva**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar os exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão ou SOS]

24-09-2024 08:00 - Treinar exercícios promotores de comunicação verbal expressiva [1x/sessão]

24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [1x/sessão ou SOS]

24-09-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [1x/sessão ou SOS]

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino de exercícios de comunicação verbal expressiva [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Realiza treino de exercícios de comunicação verbal expressiva de acordo com a recomendação.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino de exercícios de comunicação verbal expressiva.

01-10-2024 10:00 - Avaliação da comunicação com recurso ao instrumento de avaliação Aphasia Rapid Test (Tábuas-Pereira et al., 2018): Compreensão - execução de duas ordens simples corretamente (0 pontos) e uma ordem em menos de dez segundos (0 pontos); Repetição - repetição de três palavras (0 pontos) e repetição de uma frase (frase reconhecível - 1 ponto); Nomeação - nomeação de três objetos (nomeação perfeita - 0 pontos); Disartria - sem disartria (0 pontos); Fluência - fluência verbal semântica (entre seis e dez palavras - 2 pontos). (Score 3/26). [MELHOROU]

01-10-2024 10:00 - Avaliação da comunicação com recurso ao instrumento de avaliação Bedside de Lenguaje (Cruz, Santos, Reis & Faísca, 2014): Discurso espontâneo - perguntar à pessoa o nome (resposta correta - 1 ponto), a morada (resposta em parafasia - 0.5 pontos) e de seguida mostrar uma imagem para descrever (só uma unidade de conteúdo - 1 ponto) [Score 2.5/5]; Compreensão - duas perguntas de sim/não relacionadas com o contexto (resposta correta - 1 + 1 pontos); duas ordens simples de complexidade crescente até três comandos (execução correta - 1 + 1 + 1 pontos) [Score 5/5]; Repetição - repetição de duas palavras (1 + 1 pontos) e três frases curtas (1 + 1 + 1 pontos) [Score 5/5]; Escrita - escrita do nome próprio e apelido (nome completo - 1 ponto); ditado de uma palavra e de um número com três dígitos (resposta incompleta - 0.5 pontos) e escrita de uma frase baseada numa imagem (duas unidades de conteúdo - 2 pontos) [Score 3.5/5]; Leitura - associação de três imagens com três palavras escritas (empareiramento correto dos três estímulos - 2 pontos); leitura e execução de uma ordem simples (leitura e execução corretas - 1 ponto); frase para completar com quatro elementos de escolha múltipla (seleção correta em ambas as frases - 2 pontos) [Score 4/5]. Score Total: 21/25, [MELHOROU]

### **Sistema respiratório**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

24-09-2024 08:00 - Ritmo respiratório regular.

24-09-2024 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

24-09-2024 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

24-09-2024 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

24-09-2024 08:00 - Sem adejo nasal.  
24-09-2024 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue  
24-09-2024 08:00 - Periférico(a): 96 %.  
24-09-2024 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.  
24-09-2024 08:00 - Não comunica falta de ar.  
24-09-2024 08:00 - Reflexo da tosse: presente.  
24-09-2024 08:00 - Expele as secreções das vias aéreas.  
24-09-2024 08:00 - Sons respiratórios: normais.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da ventilação**

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução da ventilação [1x/sessão ou SOS]*  
01-10-2024 10:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.  
01-10-2024 10:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Saturação do oxigénio no sangue  
01-10-2024 10:00 - Periférico(a): 98 %.  
01-10-2024 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea**

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução da limpeza da via aérea [1x/sessão ou SOS]*  
01-10-2024 10:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].  
01-10-2024 10:00 - Sons respiratórios: normais.

**Sistema cardiovascular**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Localização do Pulso  
24-09-2024 08:00 - Punho Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Frequência do pulso: 84 pulsações por minuto.  
24-09-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.  
24-09-2024 08:00 - Pulso rítmico.  
24-09-2024 08:00 - Pulso simétrico.  
24-09-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
24-09-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)  
24-09-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 147 mmHg.  
24-09-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 89 mmHg.  
24-09-2024 08:00 - Temperatura das extremidades  
24-09-2024 08:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.  
24-09-2024 08:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.  
24-09-2024 08:00 - Coloração das extremidades  
24-09-2024 08:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.  
24-09-2024 08:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.  
24-09-2024 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.  
24-09-2024 08:00 - Pressão sanguínea média: 108 mmHg.

**24-09-2024 08:00 - Hipertensão**

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/sessão]

01-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

01-10-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

01-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

01-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea

[1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão da pressão sanguínea.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão da pressão sanguínea.

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

### **Mastigação**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

24-09-2024 08:00 - Simetria do ciclo mastigatório

24-09-2024 08:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.

24-09-2024 08:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.

24-09-2024 08:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) .

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do V par craniano – nervo trigémio (componente motora): preensão mandibular simétrica.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do VII par craniano – nervo facial: componente motora – sem desvio da comissura labial e sem apagamento do sulco nasolabial bilateral.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do IX par craniano – nervo glossofaríngeo: elevação simétrica do palato.

24-09-2024 08:00 - Avaliação neurológica do XII par craniano - nervo hipoglosso: movimentação da língua simétrica.

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da mastigação**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da mastigação [Às refeições]*

01-10-2024 10:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Simetria do ciclo mastigatório

01-10-2024 10:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MANTEVE].

### **Deglutição**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

24-09-2024 08:00 - Avaliação da deglutição através do Rastreo Gugging Swallowing Test (GUSS) (Ferreira et al., 2018): 1. TESTE INDIRETO DA DEGLUTIÇÃO: Vigilância – Sim (1); Tosse e pigarro – Sim (1); Deglutição da saliva bem-sucedida – Sim (1); Sialorreia – Não (1); Alterações da voz após deglutição – Não (1). [Score 5/5]. 2. TESTE DIRETO DA DEGLUTIÇÃO: 2.1. Semissólido: Deglutição – Bem-sucedida (2); Tosse: Não (1); Sialorreia – Não (1); Alterações da voz – Não (1) [Score: 5/5]; 2.2. Líquido: Deglutição – Bem-sucedida (2); Tosse: Não (1); Sialorreia – Não (1); Alterações da voz – Não (1) [Score: 5/5]; 2.3. Sólido: Deglutição – Bem-sucedida (2); Tosse: Não (1); Sialorreia – Não (1); Alterações da voz – Não (1). [Score: 5/5]. Score total: 20/20.

24-09-2024 08:00 - Avaliação indireta da deglutição: controlo cervical e de tronco; sensibilidade da mucosa e da face simétricas; mobilidade da língua e lábios simétricos; elevação laríngea; reflexo de vômito presente; saturação periférica durante a deglutição >95%; auscultação cervical sem ruídos adventícios; parésia facial central discreta.

24-09-2024 08:00 - Avaliação da deglutição com recurso a avaliação neurológica por pares

cranianos: V par craniano - nervo trigêmeo (componente motora): preensão mandibular simétrica. VII par craniano - nervo facial: componente motora e proprioceptiva (elevação das sobrancelhas simétrica, oclusão palpebral preservada e simétrica, desvio da comissura labial nem apagamento do sulco nasolabial à direita; sensibilidade gustativa simétrica dos 2/3 anteriores da língua sem compromisso para ácido, amargo e doce). IX par craniano - nervo glossofaríngeo: elevação simétrica do palato; sensibilidade da mucosa sem alterações e simétrica, sensibilidade gustativa simétrica do 1/3 posterior da língua sem compromisso para doce e salgado. X par craniano - nervo vago: reflexo nauseoso/vômito presente; sem alteração da voz. XII par craniano - nervo hipoglosso: movimentação da língua simétrica.

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da deglutição**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da deglutição [Às refeições]*

01-10-2024 10:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Avaliação da deglutição através do Rastreio Gugging Swallowing Test (GUSS) (Ferreira et al., 2018): sem alterações [Score total: 20/20].

#### **Eliminação intestinal**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

24-09-2024 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

24-09-2024 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

24-09-2024 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

24-09-2024 08:00 - Número de defecações por dia: 1.

24-09-2024 08:00 - Número de defecações por semana: 7.

24-09-2024 08:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

24-09-2024 08:00 - Expulsão controlada de fezes.

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x/sessão]*

01-10-2024 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Fezes: em moderada quantidade.

01-10-2024 10:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

01-10-2024 10:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

01-10-2024 10:00 - Número de defecações por dia: 1.

01-10-2024 10:00 - Número de defecações por semana: 7.

01-10-2024 10:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

#### **Eliminação urinária**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Urina em moderada quantidade.

24-09-2024 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

24-09-2024 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

24-09-2024 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

24-09-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

24-09-2024 08:00 - Reconhece a vontade de urinar.

24-09-2024 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

24-09-2024 08:00 - Sem globo vesical.

24-09-2024 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x/sessão]*

01-10-2024 10:00 - Urina em moderada quantidade.

01-10-2024 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

01-10-2024 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

**Pele e mucosas**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**Metabolismo**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Glicemia capilar: 103 mg/dl.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da glicemia**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da glicemia [6h - 12h - 18h - 23h]*

01-10-2024 10:00 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

**Termorregulação**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Temperatura corporal periférica

24-09-2024 08:00 - Região axilar: 36.20 °C.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/sessão]*

01-10-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

01-10-2024 10:00 - Região axilar: 36.40 °C.

**Sono**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Dormiu por períodos longos.

24-09-2024 08:00 - Sono reparador.

24-09-2024 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do sono**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do sono [Turno da noite ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Dormiu por períodos longos.

01-10-2024 10:00 - Sono reparador [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

**Autoconceito**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

24-09-2024 08:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

24-09-2024 08:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do autoconceito**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

**Emoção**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.

24-09-2024 08:00 - Sem indícios de euforia.

24-09-2024 08:00 - Não verbaliza ansiedade.

24-09-2024 08:00 - Sem manifestação de inquietação.

24-09-2024 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

24-09-2024 08:00 - Sem manifestação de pânico .

24-09-2024 08:00 - Avaliação do nível de ansiedade e depressão segundo a Escala de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007): 1. Sinto-me tenso e nervoso - Por vezes (1 ponto); 2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava fazer - Tanto como antes (2 pontos); 3. Tenho sensação de medo, como se algo horrível estivesse para acontecer - Um pouco, mas não me aflige (1 ponto); 4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas - Não tanto como antes (1 ponto); 5. Tenho a cabeça cheia de preocupações - Quase nunca (1 ponto); 6. Sinto-me animado - Quase sempre (0 pontos); 7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado e sentir-se relaxado - Quase sempre (0 pontos); 8. Sinto-me mais lento, como se fizesse as coisas mais devagar - Nunca (0 pontos); 9. Fico de tal forma apreensivo/com medo, que até sinto um aperto no estômago - Nunca (0 pontos); 10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico - Tenho o mesmo interesse de sempre (0 pontos); 11. Sinto-me de tal forma inquieto que não consigo estar parado - Nada (0 pontos); 12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro - Não tanto como antes (1 ponto); 13. De repente, tenho sensação de pânico - Nunca (0 pontos); 14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão - Muitas vezes (0 pontos). Total de pontos Ansiedade (soma das questões 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13): 3/21. Total de pontos Depressão (soma das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14): 4/21. [Score total: 7/21 - Improvável].

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do humor**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da ansiedade**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Avaliação do nível de ansiedade e depressão segundo a Escala Hospital Anxiety and Depression Scale (Pais-Ribeiro et al., 2007): Improvável (Score total: 7/21).

### **Memória**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

24-09-2024 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

24-09-2024 08:00 - Sem desorientação face às pessoas.

24-09-2024 08:00 - Sem desorientação no espaço.

24-09-2024 08:00 - Sem desorientação no tempo.

24-09-2024 08:00 - Avaliação da cognição e memória através do instrumento de avaliação Mini Mental State Examination (MMSE) (Correia, 2018): Orientação - orientado em relação ao tempo, espaço e pessoa (10 pontos); Retenção - capaz de reter 3 palavras e repeti-las (3 pontos); Atenção e Cálculo - capaz de realizar 5 cálculos de subtração (5 pontos); Evocação - capaz de repetir 3 palavras inicialmente retidas (3 pontos); Linguagem - capaz de nomear dois objetos (2 pontos); capaz de repetir uma frase (ainda que de forma lentificada - 1 ponto); cumpre ordem verbal com três passos (3 pontos); cumpre ordem escrita num papel (1 ponto); capaz de escrever frase com sentido e gramaticalmente correta (1 ponto); Habilidade Construtiva - capaz de realizar cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos (1 ponto). [Score 30/30 - Sem alterações cognitivas nos itens avaliados, em função da escolaridade].

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da memória**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da memória [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

01-10-2024 10:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da orientação**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da orientação [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Avaliação da cognição e memória através de Mini Mental State Examination (Correia, 2018): Sem alterações cognitivas nos itens avaliados, em função da escolaridade (Score total: 30/30).

### **Virar-se**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

24-09-2024 08:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do virar-se**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do virar-se [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Capaz de mudar de posição na cama

01-10-2024 10:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

**Erguer-se**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

24-09-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do erguer-se**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do erguer-se [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

01-10-2024 10:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

**Transferir-se**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

24-09-2024 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do transferir-se**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

01-10-2024 10:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

**Sentar-se**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

24-09-2024 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

24-09-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

24-09-2024 08:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do sentar-se**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução no sentar-se [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

01-10-2024 10:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

01-10-2024 10:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

**Cuidar da higiene pessoal**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho.

24-09-2024 08:00 - Abre a torneira.

24-09-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

24-09-2024 08:00 - Não lava nem seca parte do corpo.

24-09-2024 08:00 - Lava a cavidade oral.

24-09-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene.

24-09-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

24-09-2024 08:00 - Penteia-se.

24-09-2024 08:00 - Barbeia-se.

24-09-2024 08:00 - Capaz de cortar as unhas

24-09-2024 08:00 - Não corta as unhas.

24-09-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

24-09-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

### **24-09-2024 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido**

#### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Turno da Manhã ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

01-10-2024 10:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de pentear-se

01-10-2024 10:00 - Penteia-se [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Barbeia-se [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de cortar as unhas

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - Corta as unhas.

01-10-2024 10:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

#### **24-09-2024 08:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal**

*24-09-2024 08:00 - Assistir no arranjar-se [Turno da Manhã]*

*24-09-2024 08:00 - Assistir no tomar banho [Turno da Manhã]*

*24-09-2024 08:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [Turno da Manhã]*

#### **24-09-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal**

24-09-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Capacidade para arranjar-se
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Capacidade para tomar banho
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para arranjar-se
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - facilitadora.
- 24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para tomar banho
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora.
- 24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - não dificultador.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - não dificultador.
- 24-09-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Antiderrapante - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
- 24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
- 24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [RESOLVIDO]**

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se (Dispositivos: Corta unhas adaptado) [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Corta unhas adaptado - facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se [Turno da Manhã] [FIM] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho** [RESOLVIDO]

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Cadeira de banho, Escova de cabo longo) [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Cadeira de banho, Escova de cabo longo) [Turno da Manhã] [FIM] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para arranjar-se**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para arranjar-se (Dispositivos: Corta unhas adaptado) [Turno da Manhã ou SOS]

24-09-2024 08:00 - Instruir a arranjar-se (Dispositivos: Corta unhas adaptado) [Turno da Manhã]

24-09-2024 08:00 - Treinar a arranjar-se (Dispositivos: Corta unhas adaptado) [Turno da Manhã]

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Cadeira de banho, Escova de cabo longo) [Turno da Manhã ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Capacidade para tomar banho

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Antiderrapante - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].

01-10-2024 10:00 - Dispositivo: Escova de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - *Instruir a tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Cadeira de banho, Escova de cabo longo) [Turno da Manhã] [FIM] 01-10-2024 10:00*

24-09-2024 08:00 - *Treinar a tomar banho (Dispositivos: Barra de apoio, Antiderrapante, Cadeira de banho, Escova de cabo longo) [Turno da Manhã] [FIM] 01-10-2024 10:00*

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Turno da Manhã ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal.

### **Vestir-se ou despir-se**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Escolhe as roupas.

24-09-2024 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

24-09-2024 08:00 - Capaz de vestir-se

24-09-2024 08:00 - Veste todas as peças de roupa.

24-09-2024 08:00 - Capaz de abotoar-se

24-09-2024 08:00 - Abotoa.

24-09-2024 08:00 - Capaz de atar cordões

24-09-2024 08:00 - Ata cordões.

24-09-2024 08:00 - Capaz de calçar meias

24-09-2024 08:00 - Calça as meias.

### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se**

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno da Manhã ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de vestir-se

01-10-2024 10:00 - Veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de abotoar-se

01-10-2024 10:00 - Abotoa [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de atar cordões

01-10-2024 10:00 - Ata cordões [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de calçar meias

01-10-2024 10:00 - Calça as meias [MANTEVE].

### **Andar**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

24-09-2024 08:00 - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

24-09-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha, mas com ligeira limitação para subir ou descer escadas.

#### **24-09-2024 08:00 - Andar comprometido**

##### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do andar**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do andar [1x/sessão]

01-10-2024 10:00 - Capaz de mover-se através da marcha

01-10-2024 10:00 - marcha com limitações para subir ou descer escadas [MANTEVE].

##### **24-09-2024 08:00 - Prevenir queda**

24-09-2024 08:00 - Assistir no andar [Sem Horário]

24-09-2024 08:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Sem Horário]

24-09-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]

##### **24-09-2024 08:00 - Promover autonomia para andar**

24-09-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para andar

24-09-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar**

[RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar [1x/sessão] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Capacidade para andar

01-10-2024 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Instruir a andar (Dispositivos: Nenhum) [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Treinar o andar [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para andar [1x/sessão]

01-10-2024 10:00 - Refere satisfação com a autonomia para andar.

##### **24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [1x/sessão ou SOS]

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Capaz de mover-se de forma estável através da marcha, com ligeira

limitação para subir ou descer escadas, mas com a perceção de melhoria. [MELHOROU]

### **Alimentar-se**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

24-09-2024 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

24-09-2024 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

24-09-2024 08:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

24-09-2024 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

24-09-2024 08:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do alimentar-se**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [Às refeições]*

01-10-2024 10:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

01-10-2024 10:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação

[MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

01-10-2024 10:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

01-10-2024 10:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

01-10-2024 10:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

### **Autogestão do regime medicamentoso**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

24-09-2024 08:00 - Organiza a medicação conforme horário.

24-09-2024 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

24-09-2024 08:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

24-09-2024 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

24-09-2024 08:00 - Administra a medicação pela via adequada.

24-09-2024 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

24-09-2024 08:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

24-09-2024 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

24-09-2024 08:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

### **24-09-2024 08:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

01-10-2024 10:00 - Organiza a medicação conforme horário.

01-10-2024 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

01-10-2024 10:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

01-10-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

01-10-2024 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

01-10-2024 10:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

01-10-2024 10:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

01-10-2024 10:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as

recomendações técnicas

01-10-2024 10:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

24-09-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

24-09-2024 08:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

24-09-2024 08:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MANTEVE].

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [1x/sessão ou SOS] [FIM]

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1x/sessão ou SOS]

**Padrão alimentar**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Número de refeições diárias: 4.

24-09-2024 08:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-09-2024 08:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

24-09-2024 08:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

24-09-2024 08:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

24-09-2024 08:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

24-09-2024 08:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-09-2024 08:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

24-09-2024 08:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

24-09-2024 08:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

**24-09-2024 08:00 - Autogestão do regime dietético**

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do padrão alimentar**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Às refeições]

01-10-2024 10:00 - Número de refeições diárias: 5.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

01-10-2024 10:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: regime dietético**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [1x/sessão ou SOS] [FIM]

01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00**

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético:

facilitador [MANTEVE].

24-09-2024 08:00 - *Ensinar sobre autogestão do regime dietético [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

24-09-2024 08:00 - *Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS] [FIM]* 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [1x/sessão ou SOS]*

### **Padrão de exercício**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 7 horas.

24-09-2024 08:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

24-09-2024 08:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

24-09-2024 08:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

24-09-2024 08:00 - Avaliação de padrão de exercício e atividade física: Não pratica exercício físico e desportivo; realiza caminhadas e passeios higiénicos diários com duração de uma hora no parque de lazer da região onde vive.

**24-09-2024 08:00 - Autogestão do regime de exercício**

**24-09-2024 08:00 - Determinar evolução do padrão de exercício**

24-09-2024 08:00 - *Avaliar evolução do padrão de exercício [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 7 horas.

01-10-2024 10:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

01-10-2024 10:00 - Tempo de exercício físico diário: 60 Minutos .

01-10-2024 10:00 - Tempo de exercício físico semanal: 420 Minutos .

**24-09-2024 08:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2024 08:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre regime de exercício [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício** [RESOLVIDO] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre exercício físico [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

**24-09-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea** [RESOLVIDO]

01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS] [FIM]

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MANTEVE].

24-09-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea [1x/sessão ou SOS] [FIM] 01-10-2024 10:00

24-09-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [1x/sessão ou SOS]

**Status neurológico**

24-09-2024 08:00

24-09-2024 08:00 - Nervos cranianos: I - Nervo olfativo: identifica os odores apresentados (café e canela) em ambas narinas e com os olhos fechados; II - Nervo ótico: através de perimetria de confrontação não se observam alterações da acuidade visual bilateral, dos campos visuais e do fundo ocular; III/IV/VI - Nervo oculomotor comum/Nervo troclear/Nervo abducente: pupilas isocóricas e fotorreativas bilateral, sem alterações dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotativo), sem alterações ou assimetrias do encerramento e da elevação das pálpebras; V - Nervo trigémio: reflexo corneano presente, sem alteração da contração dos músculos da mastigação (masséter e temporal), sem alteração da sensibilidade cutânea tátil, dolorosa e térmica da face bilateral; VII - Nervo facial: elevação das sobrancelhas simétrica, oclusão palpebral preservada e simétrica, desvio da comissura labial sem apagamento do sulco nasolabial à direita, sem evidência de alterações da sensibilidade gustativa nos 2/3 anteriores da língua; VIII - Nervo

vestibulococlear: audição simétrica e normal na voz sussurrada e no ato de “esfregar o cabelo”, sem alterações no teste de Rinne, Prova de Romberg negativa; IX - Nervo glossofaríngeo: elevação simétrica do palato, sem desvio da úvula, sem alterações da sensibilidade da mucosa faríngea, presença de sensibilidade gustativa simétrica do 1/3 posterior da língua para doce e salgado; X - Nervo vago: sem alterações na constrição da musculatura orofaríngea, sem alterações da voz (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia) e presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI - Nervo Espinhal ou Acessório: rotação da cabeça contra resistência e elevação simétrica dos ombros contra resistência; XII - Nervo hipoglosso: sem alterações nos movimentos da língua (prostração, lateralização e contra resistência na face interna da bochecha).

24-09-2024 08:00 - Coordenação: MSD e MSE - com os olhos fechados, apontar o dedo indicador para o teto e posteriormente para a ponta do nariz: sem alterações; ponta do polegar nas outras pontas dos dedos: sem alterações. MID e MIE - calcanhar no joelho: sem alterações.

24-09-2024 08:00 - NIHSS: 1a. Nível de Consciência (alerta e responsivo): 0 pontos; 1b. Orientação (responde corretamente ao mês e idade): 0 pontos; 1c. Ordens verbais (executa corretamente as ordens “ piscar os olhos” e “apertar as mãos”): 0 pontos; 2. Movimentos oculares horizontais (normal): 0 pontos; 3. Campos visuais (sem défices campimétricos; avaliação normal para a movimentação ocular nos campos visuais superiores e inferiores, com contagem dos dedos de forma aleatória): 0 pontos; 4. Paresia facial (ato de mostrar os dentes, sorrir, levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos, com paralisia facial minor onde se destaca assimetria no sorriso forçado): 1 ponto; 5a. Função motora de MSE (sem queda): 0 pontos; 5b. Função motora de MSD (queda parcial antes de completar o período de 10 segundos, mas não toca na cama): 1 ponto; 6a. Função motora de MIE (sem queda): 0 pontos; 6b. Função motora de MID (queda parcial antes de completar o período de 10 segundos, mas não toca na cama): 1 ponto; 7. Ataxia dos membros (teste dedo-nariz e calcanhar-joelho ausente): 0 pontos; 8. Sensibilidade (avaliação normal da sensibilidade de forma bilateral em face, tronco, membros superiores e inferiores): 0 pontos; 9. Linguagem (avaliação da fluência, compreensão, nomeação e repetição - com afasia leve, com perda óbvia de alguma fluência do discurso): 1 ponto; 10. Disartria (articulação do discurso): 0 pontos; 11. Extinção ou Desatenção (sem alterações na avaliação sensorial nas modalidades visual/tátil/auditiva/espacial/pessoal ou na avaliação à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais): 0 pontos. [Score total: 4/42 - AVC minor].

#### **24-09-2024 08:00 - Status neurológico**

##### **24-09-2024 08:00 - Determinar sinais de alteração do status neurológico**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar a evolução de sinais de alteração do status neurológico [1x/sessão ou SOS]*

##### **24-09-2024 08:00 - Determinar a evolução do status neurológico**

*24-09-2024 08:00 - Avaliar a evolução do status neurológico [1x/sessão ou SOS]*

01-10-2024 10:00

01-10-2024 10:00 - Nervos cranianos: I - Nervo olfativo: identifica os odores apresentados (café e canela) em ambas narinas e com os olhos fechados; II - Nervo ótico: através de perimetria de confrontação não se observam alterações da acuidade visual bilateral, dos campos visuais e do fundo ocular; III/IV/VI - Nervo oculomotor comum/Nervo troclear/Nervo

abducente: pupilas isocóricas e fotorreativas bilateral, sem alterações dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotativo), sem alterações ou assimetrias do encerramento e da elevação das pálpebras; V - Nervo trigémio: reflexo corneano presente, sem alteração da contração dos músculos da mastigação (masséter e temporal), sem alteração da sensibilidade cutânea tátil, dolorosa e térmica da face bilateral; VII - Nervo facial: elevação das sobrancelhas simétrica, oclusão palpebral preservada e simétrica, ligeiro e quase impercetível desvio da comissura labial sem apagamento do sulco nasolabial à direita, sem evidência de alterações da sensibilidade gustativa nos 2/3 anteriores da língua; VIII - Nervo vestibulococlear: audição simétrica e normal na voz sussurrada e no ato de “esfregar o cabelo”, sem alterações no teste de Rinne, Prova de Romberg negativo; IX - Nervo glossofaríngeo: elevação simétrica do palato, sem desvio da úvula, sem alterações da sensibilidade da mucosa faríngea, presença de sensibilidade gustativa simétrica do 1/3 posterior da língua para doce e salgado; X - Nervo vago: sem alterações na constrição da musculatura orofaríngea, sem alterações da voz (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia) e presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI - Nervo Espinal ou Acessório: rotação da cabeça contra resistência e elevação simétrica dos ombros contra resistência; XII - Nervo hipoglosso: sem alterações nos movimentos da língua (prostração, lateralização e contra resistência na face interna da bochecha).

01-10-2024 10:00 - Coordenação: MSD e MSE: sem alterações; MID e MIE: sem alterações.

01-10-2024 10:00 - NIHSS: 1a. Nível de Consciência (alerta e responsivo): 0 pontos; 1b.

Orientação (responde corretamente ao mês e idade): 0 pontos; 1c. Ordens verbais (executa corretamente as ordens “pisar os olhos” e “apertar as mãos”): 0 pontos; 2. Movimentos oculares horizontais (normal): 0 pontos; 3. Campos visuais (sem défices campimétricos; avaliação normal para a movimentação ocular nos campos visuais superiores e inferiores, com contagem dos dedos de forma aleatória): 0 pontos; 4. Paresia facial (ato de mostrar os dentes, sorrir, levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos, com paralisia facial minor onde se destaca ligeira e quase impercetível assimetria no sorriso forçado): 1 ponto; 5a. Função motora de MSE (sem queda): 0 pontos; 5b. Função motora de MSD (queda parcial antes de completar o período alargado de 20 segundos, mas não toca na cama; percepção de melhoria): 1 ponto; 6a. Função motora de MIE (sem queda): 0 pontos; 6b. Função motora de MID (queda parcial antes de completar o período alargado de 20 segundos, mas não toca na cama): 1 ponto; 7. Ataxia dos membros (teste dedo-nariz e calcanhar-joelho ausente): 0 pontos; 8. Sensibilidade (avaliação normal da sensibilidade de forma bilateral em face, tronco, membros superiores e inferiores): 0 pontos; 9. Linguagem (avaliação da fluência, compreensão, nomeação e repetição - com afasia leve, mas com melhoria da fluência do discurso, repetição e nomeação): 1 ponto; 10. Disartria (articulação do discurso): 0 pontos; 11. Extinção ou Desatenção (sem alterações na avaliação sensorial nas modalidades visual/tátil/auditiva/espacial/pessoal ou na avaliação à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais): 0 pontos [Score total 4/42]

### 3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Clarificar a pessoa relativamente às limitações que aumentam o risco de queda, nomeadamente no âmbito da força muscular e do equilíbrio.
- Informar a pessoa que deve seguir as orientações da equipa de enfermagem e utilizar a campainha para chamar, quando necessário.
- Informar a pessoa que a cama deve estar com as grades elevadas e numa altura do solo de forma a permitir apoiar os pés; as rodas devem estar travadas.
- Informar a pessoa que o piso deve estar seco e desobstruído e, especificamente no domicílio, não deverá ter tapetes que não estejam fixos ao solo.
- Informar a pessoa que deve planear a marcha em corredores livres, desobstruídos, com pontos de descanso e com espaço suficiente de rotação.
- Informar a pessoa que deve circular em ambientes adequadamente iluminados
- Informar a pessoa sobre características a ter em conta no vestuário/calçado.
- Informar a pessoa que a cama, cadeira de refeições e cadeirão de repouso devem estar devidamente posicionados, travados e com apoio lateral de braços.
- Informar a pessoa sobre uso de barras de apoio no duche.
- (Schub et al., 2023; Kondo et al., 2022; DGS, 2019; OE, 2013)

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da face e assistir o movimento: fixação da comissura labial esquerda, acompanhar a mímica de “soprar” e mobilizar a comissura labial direita. Realizar mínimo 5 repetições em 2/3 sessões diárias. (OMS, 2003; Santos, Martins e Campos, 2020)
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da omoplata e assistir o movimento: elevação e depressão, rotação medial e rotação lateral. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares do ombro e assistir o movimento: hiperextensão, flexão, flexão com rotação superior da omoplata, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e a amplitude do arco de movimento e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da articulação do cotovelo e assistir o movimento: flexão e extensão, pronação e supinação do antebraço. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da articulação do punho e assistir o movimento: flexão, extensão, hiperextensão, desvio cubital e desvio radial. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.

- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares dos dedos da mão e assistir o movimento: flexão e extensão em conjunto do 1º ao 4º dedo, sem tocar nas extremidades; abdução e adução do 1º ao 4º dedo; abdução, adução, flexão, extensão e oponência do polegar. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da articulação da anca e assistir o movimento: hiperextensão, flexão, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 /3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da articulação do joelho e assistir o movimento: flexão e extensão (previamente realizar a mobilização da rótula no sentido crânio-caudal e latero-medial). Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares da articulação do tornozelo e assistir o movimento: dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/ 3 vezes por dia, respeitando o arco de movimento, sem ultrapassar o limiar da dor e com intensidade suportável, progredindo gradualmente na amplitude do movimento.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares dos dedos do pé e assistir o movimento: movimentos de flexão, extensão e hiperextensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares - ponte, assistindo a pessoa na elevação da pelve, na região glútea, com ambos joelhos fletidos e com apoio em ambos tornozelos; utilizar o mesmo exercício, com elevação da pelve e flexão do joelho direito, mantendo em extensão o joelho esquerdo. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Solicitar à pessoa para realizar exercícios músculo-articulares - dissociação da cintura pélvica, assistindo a pessoa a efetuar alongamento e rotação do tronco (rotação externa do ombro e rotação interna da articulação da anca). Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- (Stroke Foundation, 2023; Swansen, Wright & Murthi, 2023; Araújo et al., 2021; Santos, Martins & Campos, 2020; DGS, 2010; OMS, 2003)

#### Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Realizar treino do equilíbrio estático na posição de pé, em frente ao espelho quadriculado, solicitando à pessoa que se coloque com os pés afastados à largura dos ombros, as mãos ao longo do corpo e que mantenha o alinhamento corporal.
- (Limão, 2021; Araújo et al., 2021)

#### Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que se

- posicione de frente ao espelho quadriculado, com os pés afastados à largura dos ombros e as mãos ao longo do corpo, e provocar pequenas oscilações do tronco (anteroposterior e láteroposterior), com correção do alinhamento corporal.
- Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que fique apoiada com as pontas dos pés e levante os calcanhares do chão, inicialmente com o apoio de uma superfície estável (base da cama) e posteriormente sem apoio.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que fique apoiada nos calcanhares e levante as pontas dos pés, inicialmente com o apoio de uma superfície estável (base da cama) e posteriormente sem apoio.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que se posicione de frente ao espelho quadriculado, em apoio unipodal, de forma alternada
  - Realizar treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que realize uma volta de 360º sobre si mesma.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que efetue movimentos de agachamento, abdução e adução da articulação da anca; flexão e extensão da articulação do joelho; dorsiflexão e flexão plantar do pé, apoiada numa superfície estável (base da cama) e progressivamente sem apoio.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que, de frente ao espelho quadriculado, efetue mobilização da coluna cervical, tronco, membros superiores e membros inferiores, nas diferentes direções do movimento articular (progressivamente, associar o apoio unipodal na mobilização dos membros inferiores).
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que utilize a bola sensitiva pequena e a faça passar em circunferência entre os membros superiores, alternando a direção do movimento (progressivamente, associar o apoio unipodal na mobilização dos membros inferiores).
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que percorra a distância traçada em linha reta no chão (3 metros), com pés totalmente apoiados e paralelos, alternando com marcha com apoio nas pontas dos pés, em apoio dos calcanhares, em pé-ante-pé e com marcha lateral.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que caminhe sobre o circuito do tapete propriocetivo, com olhar dirigido para a frente, tronco alinhado, mãos entrelaçadas, braços em extensão e ombros fletidos.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que caminhe contornando os obstáculos intencionalmente colocados no chão.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que o uso da tábua de freeman, frente ao espelho quadriculado, apoiada numa superfície estável (base da cama) e progressivamente sem apoio.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que suba/desça degraus, apoiada numa superfície estável (corrimão) e progressivamente sem apoio.
  - Realizar treino do equilíbrio dinâmico na posição de pé, solicitando à pessoa que efetue levantes da cadeira com marcha direcionada sob comando de alcance de objeto, colocado intencionalmente no chão, com posterior retorno à posição de sentado.
  - (Araújo et al., 2021; Limão, 2021; Araújo et al., 2021)

## Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir exercícios músculo-articulares resistidos
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da face: movimentos faciais com diferentes mímicas - enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, sorrir forçadamente sem mostrar os dentes, sorrir mostrando os dentes, assobiar, soprar, insuflar as bochechas e movimentar ao ar contra as laterais, bochechar, beijar e deprimir o lábio inferior. Realizar 5 repetições em 2/3 sessões diárias.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da face: sentar-se em frente a um espelho, fixar a comissura labial esquerda, acompanhar a mímica de “soprar” e mobilizar ativamente a comissura labial direita.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da articulação do ombro: com recurso a halter, efetuar hiperextensão, flexão, flexão com rotação superior da omoplata, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da articulação do cotovelo: com recurso a halter, efetuar flexão, extensão, pronação e supinação do antebraço. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da articulação do punho: com recurso a halter, efetuar flexão, extensão, hiperextensão, desvio cubital e desvio radial. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos dos dedos da mão: com recurso bola tonificadora, realizar flexão e extensão; com recurso a elásticos de baixa resistência, realizar movimentos de abdução do 1º ao 4º dedo em conjunto e individualmente; com recurso a banda elástica de baixa resistência colocada na polpa do dedo polegar, realizar movimentos de adução, abdução, flexão, extensão e oponência do polegar. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da articulação da anca: em posição ortostática e com halter de tornozelo, efetuar hiperextensão, flexão, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da articulação do joelho: em posição ortostática e com halter de tornozelo, efetuar flexão e extensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos da articulação do tornozelo: em posição sentada e com banda elástica de baixa resistência, efetuar dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercícios músculo-articulares resistidos dos dedos do pé: em posição sentada e com banda elástica de baixa resistência, efetuar

flexão, extensão e hiperextensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.

- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercício músculo-articular - ponte: elevação da pelve, com ambos joelhos fletidos e pés fixados sobre uma superfície antiderrapante; elevação da pelve e flexão do joelho direito, mantendo em extensão o joelho esquerdo.
- Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância. Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercício músculo-articular - dissociação da cintura pélvica: alongamento e rotação do tronco com os braços cruzados na região do peito (rotação externa do ombro e rotação interna da articulação da anca). Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercício músculo-articular - automobilização do hemicorpo direito: entrelaçar as mãos com as palmas em contato, estender os cotovelos e elevar as mãos acima da cabeça; colocar o membro inferior direito por cima do esquerdo e realizar movimentos de flexão e extensão do tronco. Realizar 2 repetições, 2 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercício músculo-articular - subir/descer escadas. Realizar 2 repetições, 2 vezes por dia, conforme tolerância.
- Explicar à pessoa sobre técnica de treino de exercício músculo-articular - levantar/sentar e push-up, com braços cruzados no peito e com recurso a halteres. Realizar 2 repetições, 2 vezes por dia, conforme tolerância.
- (Amala & Chippala, 2024; Araújo et al., 2021; Santos, Martins & Campos, 2020; Rocha et al., 2020; Menoita et al., 2012; OMS, 2003)

#### Instruir o treino do equilíbrio estático

- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio estático na posição de pé, com os pés afastados à largura dos ombros e braços ao longo do corpo, em frente ao espelho quadriculado, observando oscilações e corrigindo o alinhamento corporal. Manter posição durante 10 segundos; 5-15 repetições diárias.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio estático na posição de pé, com os olhos fechados, com os pés afastados à largura dos ombros e braços ao longo do corpo, mantendo o alinhamento corporal. Manter posição durante 10 segundos; 5-15 repetições diárias.
- (Araújo et al., 2021; Limão, 2021; Lourenço et al., 2021)

#### Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, em frente ao espelho quadriculado, com apoio nos calcanhares, alternando com apoio nas pontas dos pés e apoio unipodal, inicialmente com o apoio de uma superfície estável (base da cama) e posteriormente sem apoio. Manter posição durante 10 segundos; 5-15 repetições diárias.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, com movimento de rotação corporal de 360º sobre si mesma.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, com movimentos de agachamento, abdução e adução da articulação da anca; flexão e

extensão da articulação do joelho; dorsiflexão e flexão plantar do pé, apoiada numa superfície estável (base da cama) e progressivamente sem apoio. Realizar 8-10 repetições de cada movimento.

- Explicar à pessoa técnica de treino de exercícios do equilíbrio dinâmico na posição de pé, com movimentos da coluna cervical, tronco, membros superiores e membros inferiores, nas diferentes direções do movimento articular (progressivamente, associar o apoio unipodal), em frente ao espelho quadriculado. Realizar 8-10 repetições de cada movimento.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, com recurso à bola sensitiva pequena, fazendo-a passar em circunferência entre os membros superiores, alternando a direção do movimento, e associar o apoio unipodal de forma progressiva. Realizar 8-10 repetições de cada movimento.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, percorrendo a distância traçada em linha reta no chão (3 metros), com pés totalmente apoiados e paralelos, alternando a marcha com apoio nas pontas dos pés, em apoio dos calcanhares, em pé-ante-pé e com marcha lateral. Realizar 1 série de cada movimento, 2 vezes ao dia.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, percorrendo o circuito do tapete propriocetivo, com olhar dirigido para a frente, tronco alinhado, mãos entrelaçadas, braços em extensão e ombros fletidos. Realizar 1-3 séries, 2 vezes ao dia.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, com marcha a contornar os objetos colocados intencionalmente no chão. Realizar 1-3 séries, 2 vezes ao dia.
- Explicar à pessoa técnica de treino de equilíbrio dinâmico na posição de pé, com recurso a tábua de freeman, em frente ao espelho quadriculado, apoiada numa superfície estável (base da cama) e progressivamente sem apoio. Realizar séries de 2-3 minutos, 2 vezes ao dia.
- Explicar à pessoa técnica de treino de exercícios do equilíbrio dinâmico na posição de pé, com movimento de subir/descer os degraus, com apoio unilateral em superfície estável (corrimão) e progressivamente sem apoio. Realizar séries de 2-3 minutos, 2 vezes ao dia.
- Explicar à pessoa técnica de treino de exercícios do equilíbrio dinâmico na posição de pé, com movimentos de levantar da cadeira com marcha direcionada sob comando de alcance de objeto colocado intencionalmente no chão, com posterior retorno à posição de sentado. Realizar 1-3 séries, 2 vezes ao dia.
- (Araújo et al., 2021; Limão, 2021; Lourenço et al., 2021)

#### Ensinar sobre regime dietético

- Informar a pessoa sobre distribuição dos alimentos em 6 refeições diárias.
- Informar a pessoa sobre ingestão regular de legumes e que estes devem ocupar  $\frac{1}{2}$  do prato de refeição.
- Informar a pessoa sobre ingestão de proteína, de forma a ocupar apenas  $\frac{1}{4}$  do prato de refeição e os hidratos de carbono o outro  $\frac{1}{4}$ .
- Informar a pessoa sobre importância de consumir fruta de forma regular.

- Informar a pessoa sobre alimentos ricos em sódio que deve evitar.
- Informar a pessoa sobre importância de uma alimentação pobre em sódio (o sódio pode ser substituído por ervas aromáticas para acrescentar sabor).
- Informar a pessoa sobre alimentos ricos em gorduras saturadas que deve evitar e substituir por alimentos ricos em ácidos gordos insaturados.
- Informar a pessoa sobre formas de confeção dos alimentos, privilegiando os cozidos e grelhados em detrimento dos fritos e assados.
- (DGS, 2024)

#### Ensinar sobre regime de exercício

- Clarificar a pessoa sobre o tipo, a intensidade, a frequência, a duração e a progressão do exercício físico, adequado à sua condição física e de saúde, tendo em conta a sua tolerância e cansaço.
- (Novo et al., 2021)

#### Ensinar sobre regime medicamentoso

- Clarificar a pessoa sobre medicação prescrita, quanto à dosagem, horário e efeitos secundários.

#### Instruir a tomar banho

- Explicar à pessoa sobre o uso do tapete antiderrapante, para maior segurança quando assume a posição ortostática durante o banho.
- Explicar à pessoa sobre o uso das barras de apoio fixas no chuveiro, para segurança no erguer-se e sentar-se.
- Explicar à pessoa sobre o uso da cadeira de banho, para maior segurança e conforto nas atividades do tomar banho.
- Explicar à pessoa sobre o uso da escova de cabo longo com a mão direita para lavar as costas e membros inferiores.
- Explicar à pessoa sobre técnica de lavar MI's, na posição de sentada, cruzando-os alternadamente um sobre o outro, para ter melhor alcance para lavar e secar a parte inferior do corpo.
- (Araújo et al., 2021)

#### Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares da face: com a pessoa, sentada em frente a um espelho, solicitar que efetue diferentes mímicas faciais contra-resistência - enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, sorrir forçadamente sem mostrar os dentes, sorrir mostrando os dentes, assobiar, soprar, insuflar as bochechas e movimentar ao ar contra as laterais, bochechar, beijar e deprimir o lábio inferior. Realizar 5 repetições, em 2-3 sessões diárias.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares do ombro, solicitando à pessoa que, com halter de peso suportável e tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor, efetue movimentos de hiperextensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares do cotovelo, solicitando à pessoa que,

com halter de peso suportável e tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor, efetue movimentos de flexão e extensão, pronação e supinação do antebraço. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia.

- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares do punho, solicitando à pessoa que, com halter de peso suportável e tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor, efetue movimentos de flexão, extensão e hiperextensão, desvio cubital e desvio radial. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares dos dedos, solicitando à pessoa que, com bola tonificadora, efetue movimentos de flexão e extensão; com elásticos de baixa resistência, efetue movimentos de abdução do 1º ao 4º dedo em conjunto e individualmente; com banda elástica de baixa resistência colocada na polpa do dedo polegar, efetue movimentos de adução, abdução, flexão, extensão e oponência. Realizar movimentos de resistência tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor; 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares da anca, solicitando à pessoa que, com halter de tornozelo de peso suportável e tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor, efetue movimentos de hiperextensão, flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares do joelho, solicitando à pessoa que, com halter de tornozelo de peso suportável e tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor, efetue movimentos de flexão e extensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 /3 vezes por dia.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares do tornozelo, solicitando à pessoa que sentada, com banda elástica de baixa resistência, efetue movimentos de dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares dos dedos do pé, solicitando à pessoa que sentada, com banda elástica de baixa resistência, efetue movimentos de flexão, extensão e hiperextensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2/3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares, solicitando à pessoa que realize movimentos de sentar/levantar e push-up, com os braços cruzados e com a halteres de mão de peso suportável e tolerável e sem ultrapassar o limiar da dor. Realizar 2 séries de 8 repetições, 2 vezes por dia, com progressão gradual conforme tolerância.
- Realizar técnica de exercícios músculo-articulares, solicitando à pessoa que suba/desça degraus. Realizar 2 repetições, 2 vezes por dia, com progressão gradual conforme tolerância.
- (Chacon-Barba et al., 2024; Stroke Foundation, 2023; Leitão, Vigia & Mesquita, 2022; Araújo et al., 2021; Limão & Lopes, 2021; Menoita et al., 2012; DGS, 2010)

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular

- Clarificar a pessoa que, com base em estudos científicos, está demonstrado que o treino músculo-articular resistido pode neutralizar alterações na função motora, reduzir a atrofia muscular e preservar a morfologia do sistema musculoesquelético. Além disso, esta

abordagem de exercício tem um efeito positivo na recuperação da força muscular e na prevenção da fraqueza muscular.

- (Fragala et al., 2019)

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

- Clarificar a pessoa que a mobilização músculo-articular previne a redução da amplitude articular, a rigidez e a diminuição da atividade muscular, evitando, conseqüentemente, a perda de força e o encurtamento das fibras do tecido musculoesquelético. As alterações relacionadas com o movimento articular diminuído têm um impacto negativo na funcionalidade, independência e participação social da pessoa.
- (OE, 2013)

Instruir exercícios da função motora fina

- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: manipulação repetida de objetos de diferentes tamanhos, cores, pesos e texturas
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: manipulação repetida de estímulos sensoriais térmicos e vibratórios.
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: manipulação de dispositivos eletrónicos - telemóvel.
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: manipulação repetida de objetos colocando o primeiro e segundo dedos em forma de pinça, como por exemplo: molas, bolas pequenas de diferentes texturas, grãos de alimentos.
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: fazer rodar os objetos como se fosse um “pião”.
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: manipulação de objetos que simulam atividades de atividades de vida diária, como por exemplo: fechos, velcros, cordões, presilhas, encaixes, torneiras, maçanetas das portas, diferentes fechaduras de portas).
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: lavagem das mãos.
- Explicar à pessoa a técnica de treino de exercício com a mão direita: escrita de palavras e frases
- (Térémetz et al., 2023; Pugliese et al., 2018; Carey, 2017; Menoita et al., 2012)

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina

- Clarificar a pessoa que o progresso da função motora fina está diretamente relacionado à prática de exercícios de destreza manual, pois estimulam a coordenação entre os músculos das mãos e os nervos, melhorando a precisão e a agilidade. A prática regular de exercícios que envolvem agarrar, apertar, cortar ou manipular objetos pequenos, facilita o desenvolvimento e a recuperação da função motora fina, promovendo maior independência nas atividades diárias.
- (Costa, 2013)

Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

- Clarificar a pessoa que o compromisso do equilíbrio prejudica o desempenho nas AVD's, a independência e a sua participação social. A implementação de exercícios de treino de

equilíbrio, integrados no plano de cuidados de ER, têm como objetivo a promoção e otimização da capacidade funcional da pessoa.

#### Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Informar a pessoa que deve avaliar o seu nível de cansaço em repouso, sendo esse o valor de referência para realizar exercício físico.
- Informar a pessoa que deve avaliar o seu nível de cansaço durante o exercício, sendo esse o valor de referência para decidir parar o exercício físico.
- Informar a pessoa que a duração do treino de exercício físico, deve ser realizada segundo a sua tolerância.
- Informar a pessoa que o treino de exercício resistido com carga (halter, bandas elásticas), deve ser realizado segundo a sua tolerância.
- Informar a pessoa que qualquer atividade do dia a dia (caminhada, subir e descer escadas, cuidar da casa, jardinagem), proporciona melhoria na condição física e reduz o declínio da função motora relacionado com o envelhecimento e sedentarismo
- Informar a pessoa que o exercício físico diário, deve compreender três fases: o aquecimento, com mobilidade articular e controlo da respiração; a atividade com a caminhada habitual; e o repouso, com a execução de alongamentos musculares
- ( ACSM, 2022; Novo et al., 2021; OMS, 2021;)

#### Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico

- Informar a pessoa sobre as medidas de segurança aquando a realização de exercício físico, com ênfase nas precauções relacionadas com o vestuário e calçado, em descuidar a importância de hidratação durante a atividade. É importante também respeitar a capacidades física, a tolerância ao esforço e o limiar da dor.
- (Rocha et al., 2016)

#### Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- Clarificar a pessoa das vantagens de utilizar dispositivos e estratégias que facilitem as atividades do banho (cadeira de banho, tapete antiderrapante, barras de apoio e escova de cabo longo), de forma a promover as suas capacidades adaptativas com vista ao desempenho do autocuidado de uma forma segura e independente.

#### Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

- Clarificar a pessoa que o uso do corta-unhas, influencia a capacidade para realizar a tarefa de cortar as unhas de uma forma independente, tendo em conta as características do dispositivo para compensar a diminuição da força muscular da mão direita.

#### Instruir a arranjar-se

- Explicar à pessoa que deve cortar as unhas, preferencialmente, após o banho.
- Explicar à pessoa que deve utilizar a mão direita para cortar as unhas da mão esquerda, sobre uma superfície plana e antiderrapante.
- Demonstrar à pessoa técnica de utilização do corta unhas: pressionar a alavanca do dispositivo no sentido descendente, aproximando as duas lâminas de corte em simultâneo.

#### Adequar o vestuário para prevenir queda

- A pessoa deve usar vestuário confortável, ajustado ao tamanho e que confira liberdade de movimentos; calçado adequado à marcha, fechado com sola antiderrapante e, de preferência, sem cordões.

#### Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Iluminação suficiente, com luz de presença sempre que possível.
- Piso sempre limpo e seco.
- Remoção de barreiras, equipamentos e materiais no percurso da marcha.
- Ruídos ambientais suprimidos, tanto quanto possível.
- Garantir espaço de rotação.
- Manter equipamentos e materiais fora da área de circulação.
- Disponibilizar e assegurar a eficácia de dispositivos de apoio e segurança (corrimão nos corredores e escadaria; barras de apoio no WC).
- A cama deve estar travada e a uma altura do solo, que permita a pessoa apoiar os pés no chão. As grades da cama devem estar elevadas, quando a pessoa está deitada.
- Campainha operacional e ao alcance da pessoa.
- Cadeira de refeições e cadeirão de repouso com travão, estabilidade e laterais de apoio de braços.
- Colocar materiais necessários acessíveis.
- (Schub et al., 2023; Kondo et al., 2022; DGS, 2019; OE, 2013)

#### Ensinar sobre exercício físico

- Informar a pessoa sobre exercitar os principais músculos dos membros superiores (bíceps e tríceps) com recurso a halter ou banda elástica, de carga e resistência suportável, não ultrapassando o limiar da dor.
- Informar a pessoa sobre exercitar os músculos dos ombros, com recurso a halter de resistência suportável, não ultrapassando o limiar da dor.
- Informar a pessoa sobre exercitar os músculos dos peitorais, com recurso a halter ou banda elástica, de carga ou resistência suportável, não ultrapassando o limiar da dor.
- Informar a pessoa sobre exercitar os principais músculos dos membros inferiores (da anca, joelho e tornozelo), com recurso a halter de perna ou banda elástica, de carga ou resistência suportável, não ultrapassando o limiar da dor.
- (Novo et al., 2021)

#### Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea

- Clarificar a pessoa que a dieta desempenha um papel crucial no controlo da pressão sanguínea, tendo influência direta no sistema cardiovascular. Uma alimentação equilibrada promove a dilatação dos vasos sanguíneos, reduz a retenção de líquidos corporais e os processos inflamatórios, contribuindo para a estabilidade da pressão sanguínea. Em contrapartida, hábitos alimentares inadequados, podem levar ao aumento da resistência vascular, retenção excessiva de sódio e disfunções metabólicas, contribuindo para a hipertensão. A adoção de um padrão alimentar saudável é fundamental para a prevenção e o controlo eficaz da pressão sanguínea.
- (Rique, Soares & Meirelles, 2022)

Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

- Clarificar a pessoa que, tendo em conta a sua condição de saúde, o exercício físico proporciona benefícios, na medida em que reduz a mortalidade por doença cardiovascular e a progressão das doenças crónicas. O exercício físico é um dos pilares fundamentais para a regulação da pressão arterial, desempenhando um papel crucial na prevenção e no controlo da hipertensão arterial. A incorporação de hábitos de vida ativos, com exercício físico regular é essencial promover o bem-estar e a qualidade de vida relacionada com a saúde.
- (OMS, 2021)

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Informar a pessoa que, tendo em conta a sua condição de saúde, o regime dietético deve incluir a ingestão de gorduras, vegetais, frutas, líquidos e proteínas adequados ao padrão alimentar aconselhado, para garantir o controle e prevenção de doenças
- (DGS, 2024)

Otimizar a comunicação com recurso a estratégias facilitadoras da comunicação

- Falar com a pessoa com tempo de interação suficiente, em local tranquilo, com poucos ruídos e distrações, divulgando os objetivos da interação comunicacional.
- Falar com a pessoa transmitindo uma mensagem de cada vez, de forma clara e tranquila, com vocabulário adequado, com postura adequada e garantir o contacto visual.
- Permitir tempo suficiente para a pessoa se exprimir, sem interromper ou terminar as frases; reconhecer quando a mensagem transmitida foi entendida e não valorizar a pronúncia imperfeita.
- Concentrar a conversa em assuntos de interesse para a pessoa, evitando temas com conteúdo emocional.
- Identificar junto da pessoa estratégias que promovam a comunicação verbal da mensagem.
- (Canadian Stroke Best Practice Recommendations, 2020)

Ensinar sobre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva

- Informar a pessoa sobre mobilização ativa dos músculos da face, com recurso a exercícios de resistência muscular dos lábios.
- Informar a pessoa sobre mobilização ativa dos músculos da face, com recurso a exercícios de resistência muscular da língua.
- Informar a pessoa sobre mobilização ativa dos músculos da face, com recurso a exercícios de resistência muscular das bochechas e do palato mole.
- Informar a pessoa sobre exercícios que melhoram o discurso, com recurso a leitura em voz alta, reprodução de sequências de sílabas, nomeação de objetos e figuras, repetição de palavras e de frases.
- (Araújo et al., 2021; Santos, Martins & Campos, 2020; Teasell & Hussein, 2020; Volk et al., 2019; OMS, 2003)

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercícios promotores de comunicação verbal expressiva e a comunicação verbal expressiva

- Clarificar a pessoa que os exercícios promotores de comunicação verbal expressiva desempenham um papel essencial na reabilitação neurológica, ao estimular a neuroplasticidade e melhorar a capacidade de comunicação verbal. O treino personalizado, que inclui o fortalecimento da musculatura orofacial e a promoção do discurso, é essencial para aprimorar a capacidade comunicativa, favorecendo a autonomia e integração social, com impacto positivo na qualidade de vida. A utilização de estratégias direcionadas e personalizadas para a execução destes exercícios, contribui para o empoderamento, motivação e envolvimento da pessoa no seu próprio processo de reabilitação, tornando-o mais eficaz, com percepção positiva do progresso do ato de comunicar.
- (Volk et al., 2019; Takezawa, Townsend & Ghabriel, 2018; Kang et al., 2017; Cattaneo & Pavesi, 2014; Pereira et al., 2011; Cardoso et al., 2008)

#### Instruir exercícios promotores de comunicação verbal expressiva

- Explicar à pessoa a técnica de exercícios de resistência muscular dos lábios, com recurso a movimentos ativos: em frente a um espelho, abrir e fechar a boca, o mais possível; sorrir forçadamente sem mostrar os dentes; sorrir mostrando os dentes; assobiar; beijar; protrar, retrair e mover os lábios em todas as direções. Realizar 5 repetições em 2/3 sessões diárias.
- Explicar à pessoa a técnica de exercícios de resistência muscular da língua, com recurso a movimentos ativos: em frente a um espelho, protrar e retrair a língua; exteriorizar a língua e movimentá-la em todas as direções; com os lábios cerrados, fazer movimentos com circulares com a língua em redor dos dentes; tubular a língua; empurrar a língua em todas as direções oferecendo resistência com uma espátula.
- Explicar à pessoa a técnica de exercícios de resistência muscular das bochechas e palato mole, com recurso a movimentos ativos: movimentos de soprar a “vela”; sugar; bocejar; bochechar; gargarejar; soprar com a “palhinha”; insuflar as bochechas e movimentar o ar contra as laterais (associar resistência externa nas bochechas).
- Explicar à pessoa a técnica de exercícios que melhoram o discurso: reprodução de sequência de letras e sílabas, da forma mais rápida que conseguir, intercalando com pausas (Lá Lé Lí Ló Lú - pausa - Pá Pé Pí Pó Pú - pausa - Tá Té Tí Tó Tú - pausa - Vá Vé Ví Vó Vú - pausa - Tá Té Tí Tó Tú - pausa - Zá Zé Zí Zó Zú - pausa - Trá Tré Trí Tró Trú - pausa - Drá Dré Drí Dró Drú - pausa - Prá Pré Prí Pró Prú - pausa - Brá Bré Brí Bró Brú - pausa - Crá Cré Crí Cró Crú - pausa - Grá Gré Grí Gró Grú - pausa - Frá Fré Frí Fró Frú ...).
- Explicar à pessoa a técnica de exercícios de que melhoram o discurso: nomeação de objetos e figuras; repetição de palavras e frases; leitura em voz alta de frases simples e complexas; descrição fluente de imagens (ANEXOS I, II e III)
- (Araújo et al., 2021; Teasell & Hussein, 2020; Santos, Martins & Campos, 2020; OMS, 2003)

### 3.8. Síntese relativa ao caso

A conceção de cuidados apresentada, contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação, especificamente, na abordagem à pessoa com compromisso neurológico.

A componente neurológica interage com os restantes sistemas corporais, exigindo uma conceção de cuidados, frequentemente, complexa e multidimensional, desafiando uma tomada de decisão diferenciada.

O estudo de caso apresentado, fundamentou uma prática profissional baseada nos referenciais teóricos da disciplina, no conhecimento científico e nos instrumentos reguladores da profissão.

O princípio da individualidade assumiu particular relevância, com o foco de atenção no protagonista do estudo de caso, sendo a conceção de cuidados apresentada, especializada e personalizada.

A vivência de uma transição saúde-doença constitui um processo complexo e vulnerável para qualquer pessoa com deficiência adquirida, representando um desafio para o EEER, que deve acompanhá-la ao longo de todas as etapas de transição. Neste contexto, a abordagem da conceção de cuidados centrou-se na maximização das capacidades funcionais do Sr. MX, com intervenções focadas na promoção do seu bem-estar, autocuidado, prevenção de complicações e melhoria da QdV. A inclusão social foi, também, um dos aspetos salientados. A readaptação e reeducação funcionais exigiram a identificação dos fatores facilitadores e inibidores que condicionam o processo de transição, sendo fundamentais para a realização das AVD's e para a preparação do regresso a casa, após o período de internamento hospitalar. Este processo visou o desenvolvimento de estratégias adaptativas e competências individuais, com o intuito de atender à satisfação das suas necessidades de forma eficaz, garantindo uma transição segura no seu ambiente pessoal e familiar. Neste caso concreto, a preparação do regresso a casa incluiu, também, a entrega dos documentos de apoio ao treino de exercícios de comunicação verbal expressiva, para garantir a continuidade de cuidados. Além disso, foi garantida a marcação de consulta de Terapia da Fala, com o objetivo de avaliar a evolução da recuperação neste domínio e o seu impacto na reintegração da vida diária.

Os cuidados diferenciados prestados ao SR. MX, tiveram em consideração um plano de reabilitação precoce e individualizado. A possibilidade de acompanhá-lo, ainda numa fase aguda do evento neurológico, proporcionou uma compreensão mais abrangente das suas necessidades e das estratégias de intervenção requeridas em cada etapa. Ao longo do seu processo de reabilitação, observou-se uma evolução positiva, com a primeira sessão focada na identificação de necessidades e na prevenção de complicações, enquanto que as consecutivas se centraram

na abordagem dos domínios comprometidos. Este percurso foi facilitado pela motivação e empenho demonstrados pelo Sr. MX, resultando em ganhos significativos em diversas áreas, incluindo a força muscular, o movimento articular, a função motora fina, o equilíbrio, o autocuidado e a comunicação, na especificidade, a comunicação verbal expressiva.

Posto isto, a mobilização músculo-articular foi iniciada precocemente, com o objetivo de conservar a elasticidade dos ligamentos e músculos, evitando contraturas e deformidades, sendo que a força muscular é um fator preditivo de dependência funcional (Selles et al., 2021). A diminuição da força muscular, neste estudo de caso - parésia -, relaciona-se com a diminuição de impulso neurológico do córtex motor sobre os músculos, podendo ser exacerbada com a inatividade e desuso (Hoffman et al., 2016). A diminuição da força é vista em todos os tipos de contração muscular (isométrica, concêntrica e excêntrica), velocidade de contração (força), contrações sustentadas e repetidas (resistência) e integração muscular (coordenação) e, normalmente, é semelhante em todos os segmentos musculares do mesmo membro, quer se trate do membro superior ou inferior (Kristensen et al., 2017), por isso a diferenciação dos exercícios musculares são importantes. Considerar o termo parésia, à luz da linguagem classificada de enfermagem, é considerar, também, a parésia facial, identificada, de igual forma, neste estudo de caso.

É importante destacar que, enquanto a vigilância e monitorização clínicas exigiram repouso absoluto no leito, os exercícios músculo-articulares iniciaram-se de forma ativo-assistida, progredindo para exercícios ativo-resistidos à medida que se confirmou a estabilidade clínica do Sr. MX. O treino de resistência tem como objetivo melhorar a força muscular (Kwakkel et al., 2023), tendo sido cuidadosamente adaptado e personalizado à condição física e capacidades do Sr. MX, com progressão gradual na sua complexidade, promovendo um desenvolvimento contínuo e seguro.

Embora este treino de exercícios tenha incidido no hemicorpo afetado - hemicorpo direito, foi realizado de forma bilateral, para evitar desenvolver problemas osteoarticulares e musculares no hemicorpo esquerdo. Este enfoque bilateral, em comparação com o treino unilateral contribui, de forma geral, para a prevenção da miopatia de desuso e favorece a promoção da neuroplasticidade (Page & Petters, 2014). Ainda, o treino de exercícios do hemicorpo não afetado revela-se fundamental, pois a educação cruzada demonstra ser clinicamente eficaz na melhoria dos ganhos de força, nos membros afetados das pessoas após o AVC (Smyth et al., 2023).

Adicionalmente, o mesmo treino de exercícios foi realizado com atenção aos momentos de descanso, ao posicionamento confortável, ao alinhamento corporal, à intensidade e à amplitude do arco de movimento, respeitando sempre o limiar da dor do Sr. MX. Esta abordagem visou otimizar a qualidade do recrutamento muscular (Stroke Foundation, 2023; Swansen, Wright & Murthi, 2023; Araújo et al., 2021; Fragala et al., 2019; DGS, 2010). Cada sessão de exercícios foi

programada, tendo em conta a segurança para os tecidos adjacentes e a condição clínica do Sr. MX (Stroke Foundation, 2023; Araújo et al., 2021; DGS, 2010). A recuperação da força muscular ocorreu de forma progressiva, começando pelos segmentos corporais mais proximais e avançando para os segmentos mais distais. A mensuração da melhoria da força muscular foi objetivada através da escala mMRC. Os dados que permitiram validar os resultados obtidos são apresentados na plataforma e4nursing, especificamente no final. Ainda, é de salientar que, este fortalecimento muscular mencionado, promoveu a capacidade adaptativa para o autocuidado, resultando em ganhos na capacitação e independência do Sr. MX. Em relação à parésia facial, foram implementados exercícios músculo-articulares faciais, com progressão gradual para atividades mais complexas, com o objetivo de melhorar a simetria facial e os movimentos musculares faciais (Volk et al., 2019), o que acabou por se objetivar uma vez que, esta alteração da força muscular na face, tornou-se cada vez menos perceptível.

Neste estudo de caso é apresentado o diagnóstico "movimento articular comprometido", podendo refletir um compromisso da amplitude articular, frequentemente associado ao AVC mas, também, estar inerente ao próprio processo de envelhecimento natural da pessoa. Importa referir que houve uma ligeira melhoria da amplitude do movimento articular ativo, evidente na monitorização com o goniómetro, após a implementação de exercícios músculo-articulares.

No que diz respeito ao domínio da função motora fina, foi implementado um treino de exercícios de destreza para a mão direita, com o objetivo de melhorar a execução das atividades relacionadas com o autocuidado. Este treino incluiu não apenas os exercícios promotores da função motora, como a força muscular e o movimento articular mas, também, atividades que estimulam a sensação somática superficial e profunda, promovendo uma recuperação mais ampla e funcional. No caso do Sr. MX, a destreza de movimentos da mão direita tem um impacto direto na capacidade para escrever, uma vez que esta ação, exige coordenação, força e perceção sensorial, sendo uma habilidade motora fina complexa (Térémetz et al., 2023). Ao integrar funções motoras e sensoriais, o treino de exercícios de destreza manual teve como objetivo otimizar a precisão dos movimentos e a promoção da neuroplasticidade, facilitando o aperfeiçoamento e a recuperação de circuitos neuronais motores e sensoriais, específicos para alcançar melhorias funcionais na função motora fina da mão direita (Alabdulaali et al., 2022). No caso clínico em concreto, após este treino específico da mão direita, o Sr. MX referiu satisfação com o mesmo, dada a perceção de melhoria neste domínio.

A alteração da funcionalidade a nível motor está diretamente relacionada com outros domínios, como o equilíbrio. Perante um compromisso no equilíbrio, é fundamental, inicialmente, descartar perturbações que não sejam de origem neurológica. Neste estudo de caso, identificou-se um compromisso no equilíbrio, resultante da diminuição da força muscular do hemicorpo direito. Em função disso, o treino de equilíbrio foi conduzido de forma progressiva, acompanhando a recuperação funcional do Sr. MX. As atividades implementadas, permitiram abordar tanto o treino de equilíbrio estático quanto dinâmico, em posição ortostática. Foi destacado o potencial

para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio, utilizando atividades diversas. Além disso, os exercícios de treino de equilíbrio foram realizados de forma sequencial, com tarefas repetidas e com recurso a instrumentos e dispositivos funcionais individualizados. Como o treino de equilíbrio dinâmico exige um controlo postural mais rigoroso, primeiramente, realizou-se o treino de equilíbrio estático em pé (Lourenço et al., 2021).

Ainda em relação ao equilíbrio, facilmente se entende que qualquer alteração nesse domínio, aumenta a insegurança e o risco de quedas durante a realização das atividades diárias. A segurança foi e, continuará a ser, um princípio fundamental a considerar em qualquer tarefa. Além disso, a gestão do ambiente, bem como a escolha do calçado e do vestuário, foram considerados para minimizar riscos e reduzir a sensação de insegurança percebida pelo Sr. MX.

Face ao domínio do autocuidado e, particularmente à higiene pessoal, por questões de segurança e para minimizar o risco de queda, optou-se por utilizar utensílios como o tapete antiderrapante, as barras de apoio no chuveiro e a cadeira chuveiro. As barras de apoio no chuveiro facilitam o movimento de sentar/levantar da cadeira; a instrução da técnica de lavar e secar a parte inferior do corpo sentado, com os membros inferiores cruzados de forma alternada, proporcionou maior autonomia e segurança. Para a higienização das costas e membros inferiores, recorreu-se ao uso de uma escova de cabo longo. Também, o tapete antiderrapante garantiu maior estabilidade durante os movimentos no chuveiro.

Relativamente à utilização do corta-unhas adaptado, este foi integrado na rotina do autocuidado e, considerando o compromisso da função motora fina da mão direita, foi implementado o treino específico para o seu manuseamento. Este treino teve como objetivo, não apenas promover a autoeficácia no autocuidado mas, também, estimular e aprimorar a destreza manual da mão direita, contribuindo para a reabilitação funcional.

No âmbito do autocuidado relacionado com o andar, as alterações na força muscular no hemicorpo direito, resultaram num padrão de marcha inicial com ligeiro desvio da linha reta e um ligeiro desequilíbrio ao realizar mudanças de direção, especialmente em giros de 360 graus. O treino de marcha foi realizado sem o uso de dispositivos auxiliares, priorizando, numa fase inicial, as atividades direcionadas para a função motora e para o equilíbrio. Esse trabalho permitiu melhorias na marcha em linha reta e no apoio unipodal, o que contribuiu para um aumento da confiança e segurança durante a marcha (OE, 2013).

No domínio do sistema cardiovascular, com ênfase na hipertensão – um fator de risco para o AVC, destacou-se a importância da autogestão da pressão arterial, especialmente, na fase de transição para o domicílio após a alta hospitalar. Verificou-se um processo facilitador na adesão ao regime terapêutico, dietético e de exercício. Apesar disso, foi importante a transmissão de informações sobre técnicas e estratégias para manter a adesão, incluindo o uso de lembretes, automonitorização, reforço positivo, aconselhamento e a promoção de mudanças comportamentais para corrigir hábitos desadequados (Stroke Foundation, 2023).

No que diz respeito ao padrão alimentar, o conhecimento sobre regime dietético e a autogestão do regime dietético, bem como a consciencialização sobre a relação entre a ingestão nutricional e o controlo da pressão sanguínea, necessitaram de intervenção para aumentar o conhecimento do Sr. MX sobre a dieta mais adequada à sua condição de saúde. Foi necessário desaconselhar o consumo excessivo de sal e incentivar uma maior ingestão de vegetais e frutas, além de reforçar informações sobre a quantidade equilibrada de gorduras, hidratos de carbono e proteínas, tendo em conta a própria perceção do Sr. MX, de que a sua alimentação estava algo desajustada. Relativamente ao padrão de exercício, o Sr. MX foi incentivado a manter os seus hábitos matinais de atividade física, fomentando o treino de exercícios músculo-articulares implementado no plano de reabilitação. De forma geral, a autogestão do regime medicamentoso, da alimentação, do exercício físico e da pressão arterial, são aspetos fundamentais na prevenção de eventos secundários ao AVC e outras complicações, tendo sido, por isso, alvo de especial atenção ao longo do processo de reabilitação.

Quanto ao domínio da comunicação, especificamente da comunicação verbal expressiva, foi implementada uma abordagem de cuidados com o objetivo de promover a comunicação e o autocontrolo da comunicação verbal expressiva, através de exercícios específicos para a estimulação da linguagem.

Antes de mais, é importante destacar que a comunicação verbal expressiva pode ser influenciada pela parésia facial, uma consequência comum do AVC. No caso do Sr. MX, esta relação não se verificou pois, apesar da parésia facial ligeira, o compromisso comunicacional resultou clinicamente da lesão cerebral. Apesar desta distinção, os exercícios orofaciais para a promoção da simetria facial são recomendados, também, na abordagem à pessoa com dificuldades na comunicação verbal expressiva, pois contribuem para a melhoria da mobilidade e coordenação dos músculos faciais. A ênfase recai na importância da função muscular facial na articulação e expressão das palavras, sendo esses exercícios relevantes, tanto para a recuperação da parésia facial, quanto para a melhoria global da capacidade de comunicação verbal (Takezawa, Townsend & Ghabriel, 2018). Os exercícios repetidos de fortalecimento muscular orofacial, melhoram a força muscular de estruturas essenciais para a produção de sons e articulação de palavras, nomeadamente os músculos: risório, mentoniano, bucinador, orbicular dos lábios, depressor do ângulo dos lábios, levantador do ângulo da boca, masséter depressor do lábio inferior, grande e pequeno zigomático (Cattaneo & Pavesi, 2014; Pereira et al., 2011). O fortalecimento destes músculos contribuem para uma pronúncia mais clara das palavras e o treino muscular pode melhorar a força e coordenação das estruturas envolvidas na fala, otimizando a produção verbal (Pereira et al., 2011; Cardoso et al., 2008).

Além disso, a utilização de dispositivos de feedback, como o espelho, em alguns desses exercícios, revelou-se benéfica. Em modos gerais, esta técnica permite que a pessoa visualize os próprios movimentos orofaciais, faça uma correção de padrões motores inadequados e reforce a aprendizagem motora necessária para a produção verbal, promovendo uma maior

consciência proprioceptiva contribuindo, também, para o desenvolvimento da neuroplasticidade. Este processo de feedback sensorial, usado na reabilitação da comunicação verbal expressiva, ativa os circuitos neuronais em resposta ao treino repetido de movimentos orofaciais, otimizando a automatização dos padrões motores da fala que ficaram comprometidos aquando a lesão neurológica (Kang et al., 2017).

Ainda, estes exercícios foram adaptados de forma natural, às atividades diárias do Sr. MX, sendo que o treino da comunicação verbal expressiva decorreu espontaneamente, refletindo a forma como, no quotidiano, a pessoa se expressa. Para tal, foi desenvolvido um recurso físico manual - portefólio, estruturado em três partes (ANEXO I, II e III). Este portefólio tripartido, integra exercícios promotores de comunicação verbal expressiva, elaborados com base nos parâmetros linguísticos avaliados e identificados como alterados, através dos instrumentos de apoio à decisão clínica - ART e BL, nomeadamente: nomeação, repetição, fluência, leitura e escrita.

O objetivo da utilização deste portefólio, baseou-se na orientação e implementação de exercícios orofaciais ativos e personalizados, direcionados para o fortalecimento dos movimentos de resistência dos músculos dos lábios, da língua, das bochechas e do palato mole; além de atividades específicas para a melhoria do discurso, como a reprodução coordenada de sílabas e leitura em voz alta. O fato de o mesmo recurso ter sido utilizado em diferentes momentos, contribuiu para o aperfeiçoamento da comunicação verbal expressiva mas, também, proporcionou maior confiança ao Sr. MX, no seu processo de reabilitação.

A avaliação da evolução da comunicação verbal expressiva, por meio da monitorização com os mesmos instrumentos de apoio à tomada de decisão que determinaram alterações neste domínio, permitiu identificar progressos significativos traduzindo-se em ganhos em saúde. Objetivamente, através da ART, obteve-se um primeiro score de 7/26 pontos e, com a BL, um score de 17.5/25 pontos. Ambos instrumentos mensuraram, inicialmente, prejuízos nos parâmetros da fluência, repetição e nomeação. Ainda a BL revelou alterações nos parâmetros da escrita e leitura. Na última sessão de avaliação e após implementação das intervenções específicas descritas, novos scores foram mensuráveis, sendo que a ART apresentou um score 3/26 pontos e a BL, o score 20.5/25 pontos. Estas novas pontuações evidenciaram, objetivamente, melhorias na comunicação verbal expressiva.

Sintaticamente, acredita-se que um período de intervenção específico de Enfermagem de Reabilitação mais prolongado, poderia resultar em ganhos ainda mais significativos, promovendo benefícios acrescidos na condição funcional do Sr. MX. No entanto, tendo em conta as intervenções realizadas, permanece a expectativa de um potencial de recuperação favorável do Sr. MX, sustentado pela evolução já observada e mensurada e pelo empenho demonstrado em todo o processo de reabilitação.



#### **4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Os cuidados de enfermagem assumem, atualmente, maior relevância e exigência de aprimoramento profissional na sua vertente técnica e científica, sendo estas condições fundamentais para que se obtenha um diferencial de destaque na área especializada de intervenção. Neste contexto, o caminho da especialização e, naturalmente, da diferenciação profissional, torna-se uma realidade cada vez mais atrativa aos profissionais de enfermagem que primam pela excelência do seu desenvolvimento profissional.

O enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos específicos e científicos, que sustentem uma prática de qualidade e segura, garantam condições de excelência para fundamentar a tomada de decisão clínica e promovam uma abordagem holística, humanizada e promotora da saúde e bem-estar da pessoa. O EEER compreende um corpo de saberes e competências diferenciadas, que se articulam com um percurso de formação contínua, tendo como objetivo a excelência da sua ação profissional, a manutenção e promoção do bem-estar, QdV, promoção do autocuidado e recuperação da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização das capacidades da pessoa de quem cuida.

Ao longo deste processo formativo avançado, as experiências e atividades desenvolvidas, contribuíram para o desenvolvimento das competências profissionais especializadas, por meio de uma prática reflexiva baseada na evidência científica e nos modelos conceituais do autocuidado e das transições. Além disso, teve suporte no Regulamento n.º 350/2015, referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015), no predito das competências comuns do EE, aludidas no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019) e no Regulamento das competências específicas do EEER, presentes no Regulamento n.º 392/2019 (OE, 2019).

De seguida, apresenta-se uma análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas durante o período de estágio, com a designação do contributo no âmbito das competências comuns do EE, das competências especializadas do EEER e das competências especializadas para a tomada de decisão clínica de ER, no domínio da comunicação verbal expressiva. Além disso, nos seguintes subtítulos, reflete-se sobre as atividades desenvolvidas no decorrer dos diferentes estágios, indo ao encontro dos objetivos propostos no Projeto elaborado no Módulo I e cuja operacionalização durante o Módulo II, foi fundamental para alcançar as competências exigidas.

### • **Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista**

A OE (2019) reconhece e atribui o título de EE àquele que detém competência científica, técnica e humana, para prestar cuidados de enfermagem diferenciados nas áreas de especialidade em enfermagem. A competência, enquanto fenómeno multidimensional complexo, determina a capacidade do enfermeiro para exercer de forma segura e eficaz a sua responsabilidade profissional.

Considera-se essencial expressar, antes de mais, que independentemente da especialidade em enfermagem, os enfermeiros especialistas comungam de um conjunto de competências, aplicáveis em todos os contextos dos cuidados de saúde, demonstradas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado nas áreas da formação, investigação e assessoria. A aquisição destas competências resulta de um percurso formativo avançado, que envolve a aquisição e aplicação de conhecimentos e técnicas em contextos clínicos, por meio de uma prática clínica crítico-reflexiva.

No que concerne às competências comuns do EE, apontadas no Regulamento n.º 140/2019, este partilha de quatro domínios comuns transversais a todos os contextos de prestação de cuidados: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Estes domínios, são discriminados e analisados individualmente, de seguida.

#### **Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Este domínio ostenta o desenvolvimento de uma prática pessoal do “ser” e “saber ser” e uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, de forma a promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Daqui resulta, especificamente, a promoção do exercício profissional, tendo em conta aquilo que a sociedade espera do profissional especializado de enfermagem.

Sintaticamente, a prática do exercício profissional do EE assenta na tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência profissional, orientada pelos valores éticos, normas e princípios deontológicos, com primazia pelo respeito dos direitos e dignidade humana, promovendo uma prática de cuidados segura e responsável, de acordo com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (2005).

Em congruência com código deontológico profissional, devem ser assegurados os valores da privacidade, de escolha, de autodeterminação, do acesso à informação, da intimidade e

confidencialidade da pessoa, desafios que exigem do enfermeiro, o uso de estratégias racionais para a operacionalização dos mesmos. Gestos simples como cortinas e/ou portas fechadas, uso de salas individuais sempre que oportuno, um tom de voz mais baixo e não revelador de informação confidencial, foram princípios sempre levados em consideração, sem qualquer tipo de juízo de valor, como preconiza a perspectiva bioética referida anteriormente.

A informação transmitida de forma clara e objetiva, de modo a desenvolver planos de cuidados individualizados em parceria com a pessoa e de acordo com a sua diversidade cultural e religiosa, promoveram a criação de um ambiente terapêutico inclusivo e respeitoso, reconhecendo o direito ao respeito pelos seus valores, costumes e crenças espirituais.

O princípio de autonomia é fulcral para a implementação de um programa de reabilitação, com respeito pela prioridade e meta a atingir assumidas pela pessoa. Todo e qualquer plano de cuidados, deve ser elaborado de acordo com a singularidade de cada pessoa, considerando o seu direito à informação oral e escrita, à escolha, à autodeterminação, à confidencialidade e privacidade, indo ao encontro das suas expectativas. Neste aspeto, foi imprescindível recorrer à escuta ativa, que permitiu compreender as expectativas e vontades da pessoa. Além disso, intrinsecamente, foram sempre mantidos os princípios do respeito pela liberdade e dignidade humanas, alicerçando uma prática clínica com os valores universais como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2019).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, a conduta profissional demonstrada permitiu, também, uma prestação de cuidados suportada pelos princípios de justiça e equidade, procurando estabelecer prioridades de intervenção, sem desnothear os princípios ético-deontológicos.

Da mesma forma, foi imprescindível o suporte da tomada de decisão com um juízo crítico, baseado no conhecimento científico e experiência profissional, sendo que os resultados auferidos foram partilhados com a equipa multidisciplinar dos diferentes serviços.

### **Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade**

Neste domínio, o EE deve ter um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas clínicas de qualidade, colaborando na conceção e operacionalização dos projetos e estratégias institucionais. Além disso, deve participar de forma ativa na divulgação desses mesmos projetos, mobilizando conhecimentos e capacidades para identificar e analisar de forma reflexiva, as oportunidades de melhoria contínua. Só assim, existe forma de garantir cuidados diferenciados e um ambiente terapêutico eficiente e seguro para a pessoa, promovendo uma prática centrada na qualidade.

Neste sentido, procurou-se mobilizar conhecimentos académicos adquiridos e desenvolver habilidades através da aplicação da melhor evidência científica, de forma a melhorar os cuidados prestados e, dentro do possível, contribuir para gerar conhecimento. Nas situações em que não foi possível interceder de forma direta nos projetos de melhoria de qualidade institucionais, a observação, a absorção de conteúdo teórico e a análise crítico-reflexiva sobre as diferentes temáticas com peritos e tutores, contribuíram para a conciliação de conhecimentos e aquisição de competências.

O EE deve utilizar os indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das suas práticas clínicas, potenciar o envolvimento da família/cuidador, sempre que necessário, para assegurar a satisfação das necessidades identificadas na pessoa dependente e participar de forma responsável na gestão de risco a nível institucional, nos diferentes serviços de contexto de estágio.

Neste domínio, é imprescindível considerar os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018) identificados em oito categorias: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. Inevitavelmente, não se pode dissociar estes padrões com aqueles que são considerados os indicadores de resultado, pois são estes últimos, que traduzem o contributo do EE para a condição de saúde da pessoa e asseguram a avaliação sistemática da qualidade e da eficácia dos cuidados.

Os resultados refletem oportunidades de melhoria influenciando, também, as políticas de saúde (Gaspar, Loureiro e Novo, 2021). Identificar a oportunidade de melhoria da qualidade envolve, estabelecer prioridades, a análise e a revisão dos resultados das práticas clínicas; implica avaliar a segurança dos cuidados à pessoa e a avaliação dos resultados, para implementar estratégias de melhoria e eficácia. Sendo assim, é crucial refletir sobre as práticas concretizadas, admitindo a autoavaliação e a avaliação da equipa multidisciplinar em cada contexto clínico.

Da mesma forma, o EE deve agir em consonância com os protocolos de cada serviço, de forma a orientar a prática clínica e a uniformizar os cuidados prestados. De salientar, os protocolos de medidas de segurança ocupacional e de controlo de infeção, dos quais se destacam, a higienização das mãos e a utilização de equipamento de proteção individual recomendado, e os protocolos de prevenção de queda, com que todos os diferentes serviços de estágio são providos.

A manutenção da melhoria contínua da qualidade passa, também, pelo reforço de implementação dos princípios de ergonomia e tecnológicos, com o objetivo de prevenir lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (as chamadas LMERT's), as quais representam um importante problema de saúde que afeta a QdV dos enfermeiros. De forma concreta, as

exigentes posições corporais que o EE (em específico, o EEER) tem de adotar para determinadas atividades, deixam antever uma elevada exigência de medidas de segurança postural, necessária para a prevenção de lesões, assim como, a necessidade de complementar as intervenções técnicas com os meios auxiliares e equipamentos adequados aos cuidados a prestar à pessoa.

Falar em melhoria contínua da qualidade, é falar da necessidade de constante atualização de saberes profissionais, que promovem uma valorização da disciplina de enfermagem. Esta atualização é suportada pela aliança entre ciência e tecnologia em desenvolvimento mas, também, apoiada pelo ensino de peritos da especialidade e testemunhos significativos.

### **Competências no domínio da gestão de cuidados**

Relacionado com este domínio, segundo o Regulamento n.º 150/2015, o EE deve otimizar uma resposta e a articulação da equipa de saúde com os cuidados prestados, colaborar com a equipa de saúde na tomada de decisão e reconhecer a necessidade de referenciação para outros profissionais de saúde, para garantir o melhor cuidado à pessoa, suprimindo as suas necessidades.

Neste domínio, o EE desempenha um papel preponderante quando gere os cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica, otimizando a atuação de toda a equipa de enfermagem, tendo sempre em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, principalmente, no que concerne à gestão dos recursos humanos, físicos e materiais. Sintaticamente, o EE pelo seu conhecimento, habilidade e competência, tem um papel de assessoria bem definido e reconhecido.

No que diz respeito ao processo de reabilitação da pessoa, este deve ser fundamentado junto da equipa multidisciplinar, destacando-se o EE no papel de gestão, concretizando-o com a junção de saberes de diferentes disciplinas do âmbito da saúde. Em concreto, no que diz respeito às competências do EE e, no caso específico, do EEER, foi possível verificar a disponibilidade sistemática de informação, para proporcionar uma conceção de cuidados à pessoa mais eficaz. Objetivamente, nos diferentes estágios realizados, destaca-se o contributo do EEER na implementação de estratégias e prescrição de dietas ajustadas ao compromisso de deglutição (estratégias compensatórias posturais, sensoriais e de consistência); na prescrição de produtos de apoio para o autocuidado; nas práticas adequadas no âmbito do autocuidado; na manipulação de diferentes dispositivos clínicos (como por exemplo, o *Cought Assist*); no posicionamento em padrão antispástico; na estimulação cognitiva e sensorial e, ainda, na assessoria para capacitação da família e/ou prestador de cuidados, no contexto do processo de transição para o ambiente domiciliário.

De forma oportuna, o EE tem o dever de ser dinamizador de cuidados de excelência,

reconhecidos tanto pelos próprios profissionais como pela pessoa alvo de cuidados. No que concerne à necessidade de articulação de cuidados com a família e/ou prestador de cuidados, ou mesmo com outra equipas de saúde da comunidade, o EE desempenha um papel de privilegiada referência.

Em todos os contextos de estágio, foi possível verificar a gestão de cuidados de forma holística, em articulação com os enfermeiros generalistas e restante equipa multidisciplinar, de acordo com o processo de tomada de decisão diferenciada, de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Dado que o EE desempenha, muitas vezes, o papel de responsável de turno, houve a oportunidade de evidenciar a gestão dos cuidados intrínseca a esse papel, onde o mesmo dinamiza, motiva e otimiza o trabalho em equipa, através da adequação eficiente dos recursos às necessidades identificadas e delegadas (OE, 2019), sem descorar os princípios de entreatajuda e companheirismo, os quais contribuem positivamente para o desenvolvimento profissional.

Além disso, no âmbito de gestão de recursos materiais, sendo estes finitos, é importante uma gestão eficiente, relacionando o custo-benefício na utilização de algum produto, de forma a garantir a eficiência, a equidade e a justiça dos cuidados.

### **Competências no domínio das aprendizagens profissionais**

Neste domínio, o profissional de enfermagem de uma área especializada, deve demonstrar capacidade de autoconhecimento e assertividade; basear a sua *práxis* clínica especializada em evidência científica; reconhecer os seus limites pessoais e profissionais no conhecimento e identificar oportunidades relevantes para aprendizagem; gerir os sentimentos e as emoções de forma a dar uma resposta eficiente, quando atua sob pressão. Da mesma forma, identificar necessidades formativas junto da equipa e divulgar resultados provenientes da pesquisa de evidência científica, bem como, utilizar tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados para a prática clínica.

Reconhecer a capacidade de autoconhecimento e assertividade é fulcral na prática clínica, pois revela a consciência de si mesmo, enquanto pessoa e da sua relação com o outro, num contexto específico, profissional e organizacional, no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Falar de relações é falar de sentimentos e emoções, os quais, estão sempre presentes ao cuidar da pessoa que sofre, condição que pode interferir emocionalmente na prestação de cuidados. No entanto, a experiência clínica foi essencial para afirmar e assimilar novas estratégias e desenvolver novos recursos emocionais intrínsecos, permitindo atenuar a perceção emocional, diante da dor e do sofrimento humano. Esse processo tornou-se ainda mais relevante em contextos de pressão, onde uma gestão eficiente das emoções é fundamental.

O processo de tomada de decisão clínica deve ser validado com o conhecimento, capacidade e habilidade, pelo que o EE é agente ativo ao basear a sua *práxis* clínica especializada na melhor evidência científica disponível, mas com a humildade de reconhecer os limites pessoais e profissionais que orientam a sua conduta. Isto permitiu direccionar a atenção na identificação de oportunidades relevantes para novas aprendizagens.

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais ocorreu pelo interesse individual na troca de experiências com os pares, nos momentos de formação em serviço, com especial enfoque na necessidade constante de atualização técnico-científica e participação em projetos de melhoria contínua das instituições onde decorreram os estágios.

A formação em serviço está enquadrada com a performance da *práxis* clínica especializada, no sentido da melhoria do desempenho profissional. Nos diferentes contextos de estágio, foi aproveitada a oportunidade de promoção e divulgação de projetos, agindo como agente ativo e facilitador dos processos de aprendizagem e partilha de conhecimentos, fomentadas nas boas práticas clínicas de Enfermagem de Reabilitação.

Neste sentido, e de forma operacional, houve a oportunidade de partilha de saberes com a realização de uma sessão formativa sobre parametrização e eficácia de dispositivos de electroestimulação – TENS e Ultrassom, usados, frequentemente, nos cuidados na comunidade e, cuja aplicabilidade evidencia ganhos em saúde no controlo da dor, em situação patológica músculo-articular. Da mesma forma, no estágio clínico da componente neurológica, houve a oportunidade de cooperar na divulgação da eficácia de utilização da escala ART, como instrumento de apoio à tomada de decisão clínica do enfermeiro, perante o compromisso da comunicação. Neste âmbito, estabeleceu-se uma estreita colaboração com a mentora deste projeto, na síntese de evidência científica sobre a temática, o que culminou com a elaboração da normativa do serviço: “Avaliação da gravidade da afasia na pessoa com AVC”.

Além disso, foi realizada uma aposta pessoal pela aquisição de novos conhecimentos, sendo que os mesmos foram partilhados e divulgados, de forma pertinente, aquando das reuniões de equipa, tendo sido aproveitada a oportunidade para melhorar a comunicação interdisciplinar. Ao acolher a importância da dimensão pessoal e da interação com os pares nos contextos profissionais e organizacionais, demonstra-se uma consciência sobre si mesmo, tanto como pessoa quanto como profissional (OE, 2019).

No que se refere à responsabilidade de atuar como facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho, surgiu a oportunidade de partilhar conhecimento nos cuidados hospitalares e na comunidade. Para isso, houve um investimento pessoal na aquisição de conhecimentos baseados em evidência científica. Como resultado, a avaliação qualitativa, sendo justa, teve um impacto positivo em todo o trabalho desenvolvido.

Especificamente, em relação do contexto clínico de pediatria, foi dada a oportunidade de

participar num Seminário de Enfermagem Neonatal onde, perante o exposto, foi possível assimilar a importância da partilha de saberes e práticas clínicas de diferentes serviços de neonatologia da região norte do país, no cuidado ao recém-nascido prematuro. O mesmo, teve a presença ativa de vários profissionais de saúde da área de neonatologia, desde Médicos Pediatras, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. Temáticas como a capacitação do recém-nascido para as competências alimentares, a massagem terapêutica, o toque e a reanimação neonatal, tiveram em discussão, o que levou à aquisição de novos conhecimentos.

Reconhecendo que todos os conhecimentos são imprescindíveis para garantir um corpo sólido de saberes que garantam a qualidade dos cuidados à pessoa, foi de interesse pessoal, investir num curso de formação profissional sobre a temática da afasia. Este curso foi lecionado pelo Instituto Português de Afasia, sendo o mesmo dirigido a profissionais de saúde em geral. Este curso proporcionou o acrescento de conhecimentos e a conciliação de saberes sobre esta temática, tendo sido priorizado como foco de atenção, o compromisso da comunicação verbal expressiva, sendo este o conceito central deste relatório.

- **Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Na definição e descrição das competências específicas do EEER, preconizadas no Regulamento n.º 392/2019, a Enfermagem de Reabilitação é uma área especializada que tem como foco de atenção o cuidado da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos diversos contextos da prática de cuidados, assim como, a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício de cidadania e, ainda, a maximização da funcionalidade com o desenvolvimento das suas capacidades funcionais.

Cada competência descrita, visa o diagnóstico precoce da condição clínica, as ações preventivas que asseguram as capacidades funcionais da pessoa, para prevenir complicações e melhorar as funções residuais, manter a independência para as AVD's e minimizar o impacto das incapacidades adquiridas. A implementação e avaliação de planos e programas de intervenção especializados e individualizados, têm como objetivo promover a reintegração e participação na sociedade da pessoa alvo de cuidados especializados, proporcionado conforto, bem-estar e QdV.

As competências específicas da área da Enfermagem de Reabilitação, em conjunto com as competências comuns do EE, estão legalmente enquadradas, orientando a certificação de competências especializadas para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação pela OE.

De forma sistemática, nos próximos subcapítulos, são apresentadas as diferentes atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, que foram propostos no Projeto de estágio do Módulo I, cujo objetivo geral estipulado foi: “Desenvolver competências específicas do EEER”, e as quais proporcionaram alcançar as competências específicas do exercício profissional de Enfermagem de Reabilitação.

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

O EEER dirige os seus cuidados para a pessoa com necessidades especiais, em que a mesma está impossibilitada de realizar de forma independente as atividades humanas básicas, pelo que necessita de melhorar as suas funções residuais, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, quer seja por doença ou deficiência (física, mental, cognitiva ou psicológica) (Regulamento n.º 392/2019).

A Enfermagem de Reabilitação centra-se nas respostas humanas a problemas de saúde reais ou potenciais, na sequência de deficiências, limitação na execução do autocuidado de forma independente, de natureza permanente ou temporária, seja devido a condições de saúde ou relacionadas com estilos de vida. O conhecimento e a qualificação do EEER permitem reconhecer e abordar as necessidades da pessoa cuidada e, também, dos seus prestadores de cuidados/família e, assim, proporcionar os melhores resultados possíveis da sua intervenção (Vaughn et al., 2022).

Sendo que os cuidados à pessoa, por parte do EEER, assumem uma abordagem holística ao longo das diferentes etapas do seu ciclo de vida, quer seja em recém-nascidos, jovens, adultos ou idosos, e nos diferentes meios multiculturais onde se inserem. Os diferentes contextos de estágio evidenciaram divergências nestes mesmos contextos sociais nos quais, os cuidados diferenciados de Enfermagem de Reabilitação, revelaram-se fulcrais e com uma prática de excelência profissional.

O desenvolvimento desta competência específica, permitiu um acompanhamento holístico e adaptado às singularidades de cada pessoa, Segundo as diretrizes do Regulamento n.º 392/2019, esta competência desdobra-se em atividades como: a) avaliação da funcionalidade e identificação das alterações que determinam as limitações das atividades e incapacidades, através do recuso a exame físico e instrumentos de apoio à tomada de decisão; b) identificação de fatores facilitadores e inibidores intrínsecos à pessoa para a realização das AVD's de forma independente, e que interferem nos processos adaptativos na sequência da transição saúde/doença; c) identificação dos objetivos congruentes com as alterações na pessoa e definição das metas a atingir, com vista a execução do seu projeto de saúde; d) a definição dos

objetivos; e) a conceção de planos de intervenção, com o propósito de promover capacidades adaptativas, em vista ao autocontrolo e autocuidado no processo de transição saúde/doença; f) identificação, seleção e gestão dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades, nomeadamente, a prescrição de produtos de apoio compensatórios; g) desenvolvimento de intervenções técnicas e tecnológicas, em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade; h) implementação das intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, eliminação e sexualidade; e i) avaliação dos resultados das intervenções implementadas, garantindo a segurança dos planos de reabilitação e reformulação dos objetivos, estratégias e planos de intervenção, com base na variação atingida.

Sintaticamente, o desenvolvimento desta competência específica foi comum e transversal em todos os contextos de estágio e refletiu a utilização do processo de enfermagem, enquanto metodologia científica. Iniciou-se pela identificação dos domínios, seguindo-se a avaliação inicial face aos mesmos, com a colheita dos dados relevantes sobre os processos corporais e respostas humanas aos processos de transição e seus fatores facilitadores e/ou dificultadores. Neste sentido, houve a preocupação de adquirir saberes sobre os instrumentos de apoio à tomada de decisão, devidamente reconhecidos, traduzidos e validados para a população portuguesa, transversalmente utilizados nos vários contextos de estágio, para garantir uma decisão clínica mais eficaz e adequada à situação em concreto. Além disso, foi pretensão a utilização destes instrumentos, como forma de favorecer a uniformização da linguagem de enfermagem, a documentação dos cuidados especializados e a monitorização de resultados obtidos (OE, 2019). Tal facto, permitiu identificar o risco de alteração e/ou a alteração da funcionalidade nos vários níveis de intervenção. Assim, optou-se por utilizar vários instrumentos, nomeadamente: NIHHS; GUSS; *Functional Oral Intake Scale* (FOIS); IDDSI; Índice de Tinetti; *Mini Mental State Examination* (MMSE); *Neecham Confusion Scale* (NCS); *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA); Índice de Barthel; Medida de Independência Funcional (MIF); Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA); ART; *Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale* (LCFS); mMRC; mMRCD; Escala de Morse; Escala de Braden modificada; *Timed Up and Go test* (TUG); STS test; *Escala American Spinal Injury Association* (ASIA); Escala de House-Brackmann; Escala de Ashworth; *Rancho Los Amigos Medical Center*; Goniometria; Dinamometria; PM6M; Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Qol-SF36); LCADL; *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ); *COPD Assessment Test* (CAT); EuroQol-5D e HADS.

Seguiu-se a identificação de diagnósticos, sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, com recurso à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. A identificação dos objetivos foi sempre discutida com a pessoa, respeitando as suas crenças e valores, a consciencialização face aos compromissos funcionais decorrentes da

sua patologia, tendo por pretensão que os mesmos fossem exequíveis e ajustados ao seu projeto de saúde.

O EEER destaca-se pela aplicação prática e diligente dos planos de intervenção especializados, adotando uma abordagem proativa, implementando estratégias preventivas para mitigar potenciais complicações, e garantir a segurança e bem-estar da pessoa ao longo do seu processo de reabilitação. De modo a aprimorar esta competência, durante os estágios foram implementados programas de reeducação funcional em diversas áreas, entre as quais: motora, sensorial, comunicacional, cognitiva, cardíaca, respiratória, eliminação e sexualidade.

O planeamento e implementação das intervenções e as atividades que as concretizam surgiram, por conseguinte, de forma a otimizar e/ou reeducar as funções aos vários níveis, considerando a pessoa de forma holística. Aqui esteve sempre presente a preocupação com as medidas de segurança destes mesmos planos de intervenção, sendo que os mesmos foram suportados pela concordância com as atitudes terapêuticas prescritas, a análise dos resultados dos meios complementares de diagnóstico e a terapêutica clínica instituída. Da mesma forma, tentou-se dar continuidade dos cuidados, através do planeamento da alta, colaborando com a equipa multidisciplinar com a preparação da pessoa e prestador de cuidados/família para os cuidados no domicílio e a elaboração das notas formais de alta clínica da pessoa.

Especificamente, as intervenções especializadas com o objetivo de otimizar a funcionalidade no domínio motor, foram desenvolvidas nos diferentes campos de estágio. No entanto, no estágio de componente neurológica, enquanto diagnóstico de enfermagem que traduz diminuição da força muscular, surge a terminologia parésia (que dever ser discriminada em parésia de hemicorpo ou parésia facial), relacionando-se, diretamente, com um evento neurológico agudo, sendo uma sequela quase sempre permanente. Já no âmbito do estágio da componente musculoesquelética, a diminuição da força muscular, está quase sempre relacionada com a intervenção cirúrgica do foro ortotraumático, sendo que este domínio apresenta-se temporariamente comprometido até a condição clínica melhorar. No âmbito da componente cardiorrespiratória, as alterações da força muscular derivam, maioritariamente, do descondicionamento físico decorrente do sedentarismo recorrente na clínica de dispneia e, conseqüentemente, da intolerância à atividade. Aqui, a área de intervenção do EEER será a reabilitação cardiorrespiratória, na promoção da autogestão da doença, da técnica inalatória, da técnica eficaz de limpeza das vias aéreas, da técnica de reeducação funcional respiratória, da técnica de otimização da ventilação e da técnica de conservação de energia.

Foi ainda possível intervir ao nível do compromisso da deglutição, no sentido de otimizar a função e garantir segurança da pessoa ao alimentar-se, prevenindo o risco de aspiração, com o treino de técnicas deglutórias (deglutição supraglótica; deglutição supersupraglótica; manobra de *lip pursing*; deglutição forçada, entre outras), bem como risco de desidratação e desnutrição, com a adequação do tipo de dieta às necessidades hídricas e nutricionais da pessoa.

A nível da função cognitiva houve a oportunidade de desenvolver competências no estágio da componente neurológica, ao nível da consciência, orientação, atenção, memória e processamento da informação. Ainda neste estágio, foi oportuno desenvolver competências ao nível da comunicação, especificamente na comunicação verbal expressiva, sendo esta, a área de interesse desenvolvida neste relatório.

O âmbito do compromisso da função sensorial, nos contextos de estágio da componente neurológica e convalescença, a percepção corporal revelou-se um domínio de destaque, diante do elevado número de situações neurológicas sequelares, como é o caso do AVC. Aqui foi imprescindível implementar técnicas de estimulação sensorial como: estimulação térmica; estimulação sensorial com diferentes materiais e texturas, uso da vibração ou estimulação do pescoço/mão; técnica de varrimento visual; feedback de vídeo; exercícios para melhorar a percepção e rotação do tronco para o lado negligenciado; terapia de espelho, como estratégia de feedback visual-motor; e a facilitação cruzada.

Os domínios da eliminação, quer vesical e intestinal, foram alvo de intervenção especializada, no entanto, no que diz respeito à eliminação vesical, houve a barreira da inexistência *Bladder Scanner*, para mensuração de um plano interventivo mais eficaz.

Quanto à função da sexualidade foi evidente a necessidade de intervenção na componente de estágio musculoesquelético, principalmente, nas situações de prótese da anca em pessoas jovens, com a sensibilização para as posições de maior risco de luxação aquando do ato sexual. Também, no estágio da componente cardiorrespiratória, a intolerância à atividade física pode ser uma condicionante neste domínio, pelo que foi imprescindível capacitar a pessoa com conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia relacionada com a atividade sexual.

O ensino, a instrução e o treino de técnicas promotoras do autocuidado foram intervenções desenvolvidas de forma transversal em todos os contextos de estágio. A capacitação da pessoa e/ou familiar para as atividades de autocuidado, favoreceu o seu papel ativo na gestão da sua saúde, facilitando a continuidade dos cuidados, seja no internamento ou no domicílio. A diversidade dos contextos de estágio, permitiu prestar cuidados a diferentes pessoas com diferentes idades e condições de saúde, o que se constituiu enriquecedor neste processo.

O contexto de estágio no serviço de Neonatologia, sendo tão especializado, desmistificou os receios pessoais em cuidar de recém-nascidos em idade prematura, aparentemente tão frágeis e delicados. De fato, a componente de pediatria e, especificamente, de neonatologia, consiste numa área altamente especializada, que exige conhecimentos e habilidades específicas para garantir os cuidados adequados. Neste sentido, é essencial que o EEER esteja apto a lidar com todas as complexidades pediátricas, com intervenções específicas, nomeadamente, nos domínios do desenvolvimento de funções a nível neurológico, motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentação, nutrição e eliminação. O EEER deve ser capaz de implementar cuidados específicos ao recém-nascido, em particular ao recém-nascido pré-termo

e sua família ao longo do internamento hospitalar, focando-se na promoção do desenvolvimento da criança e da relação pais-filho.

Por fim, no que diz respeito aos resultados obtidos no desenvolvimento de ações interventivas diferenciadas como EEER, houve a preocupação de discriminar as atividades concebidas e implementadas nos planos de intervenção, de forma a avaliar a sua eficácia e os ganhos obtidos pelos mesmos e, ainda, como registo formal para garantir a continuidade de cuidados e a sua confirmação no seio da equipa multidisciplinar. Quando necessário, foram reformulados os objetivos, estratégias, programas e projetos, com base na variação atingida, tendo como preceito a hierarquização das prioridades de saúde, a otimização da função corporal e a mensuração do risco-benefício de todas as práticas clínicas desenvolvidas.

Em todo este processo, esteve inerente as competências especializadas para avaliar a condição de saúde da pessoa com alterações da funcionalidade e a capacidade para satisfazer as suas necessidades de vida diárias. Além disso, nas competências do EEER deve haver sempre a preocupação de salientar a capacidade e o potencial da pessoa para melhorar, de acordo com o seu potencial físico, cognitivo, psicológico, social e outros recursos necessários e disponíveis (Petronilho et al., 2021).

Da prática do exercício profissional do EEER, espera-se que a mesma seja sustentada na evidência científica atual e suportada pelos instrumentos reguladores da profissão, sem descorar os referenciais teóricos da disciplina. Aqui pode-se salientar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, com a avaliação das respostas humanas aos processos de transição, o qual assimila a mudança na condição de saúde e de vida da pessoa, com a revelação de mudanças fulcrais, que condicionam o seu potencial funcional para o desenvolvimento das atividades de autocuidado (Silva et al., 2019).

Atendendo aos diferentes contextos de estágio, houve a oportunidade de confirmar que a readaptação e reestruturação de novos papéis, depende muito da consciencialização da pessoa que vivenciou um processo transacional do tipo saúde/doença e, no que diz respeito ao prestador de cuidados ou família da pessoa dependente, da vivência de transição do tipo situacional. As transições do tipo desenvolvimental, verificaram-se na componente de estágio de pediatria, com a adaptação ao papel parental.

Genericamente, a avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição, permitiu reconhecer a importância de compreender não apenas as limitações físicas, mas, também, as implicações emocionais e sociais associadas a cada condição de saúde. Esta competência foi desenvolvida em todos os contextos de estágio, já que o objetivo primordial é dar ferramentas à pessoa para que esta seja capaz de promover o seu bem-estar e melhoria na sua QdV.

Salienta-se, na boa prática profissional, a inclusão, sempre que possível e necessário, do

prestador de cuidados/família em todo este processo, de forma integrativa, para que seja possível a capacitação do mesmo para este papel. A inclusão do cuidador no projeto de saúde da pessoa dependente, foi transversal a todos os contextos de estágio, mas, particularmente conseguida na comunidade, uma vez que é um contexto promotor do contacto com os cuidadores e família no domicílio, favorecendo o entendimento sobre as reais necessidades e limitações da mesma (OE, 2019). Os planos de cuidados definidos centraram-se, assim, nas necessidades e particularidades individuais da pessoa dependente, considerando o ambiente que a rodeia e influência da família enquanto sistema.

Com particular destaque para a transição saúde/doença, a intervenção precoce do EEER mostrou-se de extrema importância para a capacitação funcional da pessoa, aquisição de competências e habilidades, tendo como objetivo atingir a mestria e identidade fluida na sua nova realidade de vida. Atendendo ao papel de prestador de cuidados e a família da pessoa dependente, houve, também, a preocupação de conhecer os recursos da comunidade dos vários contextos da prática clínica. Tal fato, verificou-se maioritariamente a nível da comunidade, onde não se descorou a participação dos profissionais de Assistência Social, para esclarecimento sobre bonificações sociais, respostas sociais e diligências necessárias para a obtenção das mesmas.

Ainda na comunidade, à semelhança do estágio da componente musculoesquelética, houve a oportunidade de assessorar a aquisição de produtos de apoio específicos, facilitando o acesso da pessoa aos mesmos e ensinando, instruindo e treinando a sua utilização, para assegurar as atividades inerentes ao autocuidado. Neste sentido, o EEER deve mobilizar conhecimentos no domínio das recentes tecnologias e dispositivos/ajudas técnicas disponíveis no mercado, dado que a indústria está em constante evolução, tendo como objetivo, adequar os dispositivos ou ajudas técnicas à condição de saúde da pessoa, maximizando a sua autonomia.

Em síntese, esta competência reflete a capacidade do EEER de atuar conforme a complexidade das necessidades especiais da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, assegurando cuidados diferenciados e individualizados. Além disso, evidencia a sua contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem de Reabilitação e reforça o carácter disciplinar do EEER, ao aplicar uma metodologia científica, sistemática e rigorosa no processo de enfermagem especializado e na busca contínua pelo conhecimento.

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

A descrição desta competência apresenta critérios de avaliação específicos e remete para as atividades desenvolvidas que permitem a implementação de programas de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade e reabilitação de capacidades, após o declínio

funcional. O objetivo central é a maximização da autonomia da pessoa, o que implica uma conceção de cuidados que considere as capacidades individuais para transpor os défices existentes, assistindo na readaptação da pessoa à sua nova condição.

O autocuidado assume, aqui, uma dimensão relevante e altamente sensível para a saúde e bem-estar da pessoa. Com base no referencial teórico de Dorothea Orem, o EEER concede particular destaque à pessoa com défice no autocuidado, na medida em que face às suas limitações, a considera capaz de integrar novas formas de concretizar as suas AVD's (Silva et al.,2020). Segundo esta perspetiva teórica, a necessidade de autocuidado descreve o motivo pelo qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem, quando as necessidades superam a capacidade, ou seja, estabelece a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidados (Orem, 2001). Sendo assim, no modelo de Dorothea Orem, a meta do EEER deve ser intencional, de forma a ajudar a pessoa a satisfazer as suas próprias exigências de autocuidado tendo como premissa básica, a crença de desenvolver habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo. O apoio do EEER resulta na satisfação dos requisitos de autocuidado universais de desenvolvimento ou de desvio de saúde, através de um sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação.

Ainda nesta lógica de pensamento, o EEER adequa a sua atuação no sentido de minimizar a incapacidade e as suas implicações na QdV da pessoa. Para tal, antevê-se uma eficaz relação terapêutica enfermeiro-doente, para dar respostas às necessidades identificadas da pessoa, coordenando e integrando os cuidados de enfermagem especializados na vida da mesma, na saúde, nos serviços sociais e educação para alcançar o seu potencial funcional (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2017).

No decorrer dos diferentes estágios, verificou-se que, em diversas situações, a pessoa vivencia diferentes limitações na ação de se autocuidar. Através da metodologia científica do processo de enfermagem, o EEER advoga o recurso a estratégias adaptativas para que a pessoa desenvolva mestria na sua capacitação e reconstrução de autonomia e independência. Torna-se, assim, imprescindível, identificar as alterações que definem a deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania, tendo em conta a condição física, cognitiva, psicológica e social da pessoa. Este enquadramento serve para objetivar e planear as intervenções congruentes com as alterações identificadas e as metas a atingir, fundamentando a conceção de planos de intervenção específicos da área da Enfermagem de Reabilitação.

As intervenções focadas no ensino, instrução e treino da capacitação da pessoa para as AVD's, incluindo o uso de produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação, são essenciais para o sucesso do programa de reabilitação, promovendo a sua independência face às alterações funcionais nos domínios motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, alimentar, excretor e da sexualidade. Além disso, é fundamental garantir ambientes seguros,

reduzindo fatores de risco ambientais em conformidade com a legislação e normas técnicas vigentes, de modo a maximizar a participação, facilitar a reinserção e promover o exercício da cidadania. Paralelamente, o EEER deve adotar uma prática interventiva na gestão eficaz da doença, reforçando comportamentos de saúde direcionados para a autogestão, especialmente, no contexto das doenças crónicas.

Da mesma forma, e em estreita relação com o processo de enfermagem, a avaliação dos resultados das intervenções implementadas foi cuidadosamente considerada, permitindo a reformulação do planeamento sempre que necessário, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde.

Outro aspeto considerado foi a acessibilidade, uma vez que a funcionalidade da pessoa com determinada condição de saúde, depende não apenas das funções e processos corporais mas, também, de fatores ambientais, num modelo biopsicossocial que permite uma compreensão mais ampla dos determinantes de saúde. A condição pessoal de cada pessoa, resultante de uma interação multidimensional e social, deve ser tida em conta, garantindo que os cuidados prestados sejam adequados não apenas à sua incapacidade funcional, mas também à sua participação social.

Ainda, no âmbito da acessibilidade, segundo Machado (2017), este conceito refere-se a um conjunto de medidas que garantem a igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência, promovendo a eliminação de barreiras, não apenas físicas mas, também, sociais. A Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, que aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Assembleia da República, 2009), reafirma a necessidade de garantir o pleno gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com deficiência. Para tal, o EEER deve centrar a sua ação na promoção da mobilidade, no acesso e a participação social da pessoa, com a implementação de intervenções que facilitem o ato de aceder a diferentes ambientes, equipamentos e atividades sociais. A acessibilidade é uma condição essencial para o pleno exercício dos direitos e deveres fundamentais consagrados na Constituição Portuguesa, representando uma questão de cidadania e inclusão social (Constituição da República Portuguesa, 2016). Torna-se imperativa uma aposta, por parte dos EEER, para uma intervenção em todos os ambientes em que a pessoa com incapacidade se insere, quer seja no seu domicílio, no local de trabalho, nas instituições sociais e nos recursos públicos da comunidade em que se insere.

Este conceito integra várias dimensões, incluindo a dimensão das barreiras arquitetónicas no meio ambiente. Em termos práticos, durante o estágio, foi possível o enfoque nas barreiras arquitetónicas nas instituições de saúde e no domicílio da pessoa. Aqui, a ação interventiva traduziu-se na aplicação de conhecimentos sobre a legislação específica e regulamentada, sustentada por pareceres técnico-científicos, relativos a estruturas e equipamentos sociais na comunidade, bem como, na identificação de barreiras arquitetónicas no contexto domiciliar.

Para esse fim, o Decreto-Lei n.º 163/2006, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, serviu como principal referência.

As barreiras arquitetónicas mais observadas no domicílio, são as escadas e as casas de banho não adaptadas, sem condições de segurança para o seu uso. Da mesma forma, o espaço exterior envolvente à habitação e as condições de acesso ao espaço público também foram consideradas, uma vez que, na maioria dos casos, não garantem condições de acessibilidade para que a pessoa possa movimentar-se com segurança nas imediações. Em todos os estágios realizados, como já foi mencionado, houve a oportunidade de abordar esta temática. No entanto, estando em contexto hospitalar, as características da habitação foram, na maioria das vezes, descritas pela pessoa e/ou familiar, o que limitou a intervenção à proposta de estratégias adaptativas. Apesar disso, foram recomendadas algumas estratégias como: o uso de dispositivos de apoio e segurança, bases de chuveiro antiderrapantes em vez de banheira, cadeira de chuveiro para a higiene, barras de apoio para sanita e chuveiro, alteador de sanita, entre outros. Estas recomendações foram dadas durante o internamento e momento do planeamento da alta e incluíram, também, orientações para a eliminação de barreiras em locais de lazer, no local de trabalho, nos transportes particulares ou públicos e nos acessos a locais públicos e religiosos, conforme defendem Pereira, Martins & Machado (2021).

No estágio realizado na ECCI, com o contacto com a pessoa no seu próprio domicílio, foi possível observar as condições da habitação e, com isso, planejar intervenções para minimizar as barreiras arquitetónicas identificadas. Não se tratou de realizar alterações estruturais na habitação, mas de reajustar e dispor estrategicamente o mobiliário. As intervenções mais significativas envolveram modificações na casa de banho, com a indicação para a instalação de dispositivos de apoio e segurança, a adaptação dos desníveis do solo, tipo de piso, degraus, escadarias, rampas, corredores, dimensões das zonas de acesso, além da melhoria das condições de iluminação e da disposição em altura de utensílios essenciais para o dia a dia. De salientar que, nem todas as pessoas têm condições financeiras para realizar alterações no seu domicílio, mas todas têm o direito de ser informadas sobre as normas para a aquisição de equipamentos de apoio mais adequados. Além disso, devem ser orientadas sobre os serviços organizacionais não governamentais aos quais podem recorrer, bem como, sobre os procedimentos para solicitar a comparticipação governamental para aquisição de ajudas técnicas ou para a adaptação das condições arquitetónicas necessárias no domicílio.

O EEER deve promover a capacitação da pessoa para usufruir dos seus direitos e ter um papel ativo nas decisões de todos os aspetos da sua vida, mesmo quando enfrenta uma situação de dependência funcional. A inclusão na sociedade da pessoa com deficiência, requer uma participação ativa em atividades de lazer, culturais, desportivas, educacionais e também laborais. No entanto, essa intervenção nem sempre é fácil, pois, em algumas situações, depende da disponibilidade do poder comunitário e do cumprimento de diversas diligências burocráticas e legais. Na prática, não foi possível verificar diretamente esta medida interventiva,

mas reconhece-se que o EEER pode desempenhar um papel fundamental como elo de ligação entre a comunidade local e a pessoa com deficiência. Desta forma, pode dinamizar a criação de condições de acessibilidade e promover medidas para uma abordagem mais inclusiva e centrada na pessoa, facilitando a sua reintegração na comunidade e o pleno exercício dos seus direitos de cidadania.

### **Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa**

A atuação do EEER, visa otimizar o potencial funcional da pessoa, capacitando-a com habilidades que promovam o seu desenvolvimento pessoal, considerando a sua situação clínica. Com base na melhor evidência científica, o EEER é responsável por conceber e implementar programas de reabilitação que melhorem o desempenho da pessoa, adaptando-se à complexidade e vulnerabilidade da sua condição, especialmente nas funções motora, cardíaca e respiratória. Além disso, deve promover a saúde, prevenir lesões e incentivar a capacitação e autogestão da doença, respeitando a individualidade de cada pessoa.

Com base no Regulamento n.º 350/2019, a Enfermagem de Reabilitação, possui um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, centrados na promoção do bem-estar por meio da restauração da funcionalidade e da maximização das capacidades da pessoa. De forma estratégica, as etapas do processo de enfermagem que sustentam esta competência, estão alinhadas com o processo de tomada de decisão em Enfermagem de Reabilitação, assegurando o cumprimento dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Estes padrões incluem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação e reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2019).

O processo de reabilitação, sendo individualizado, deve incluir o ensino, a instrução e treino sobre estratégias adaptativas para a realização das AVD's, ajustando-se aos objetivos específicos de cada pessoa. As sessões de reabilitação devem ser estruturadas para maximizar a funcionalidade e, neste sentido, nos diferentes contextos de estágio, foram concebidas e implementadas intervenções orientadas pelo método científico do processo de enfermagem. Este processo iniciou-se com a recolha dos dados relevantes, seguida da formulação dos diagnósticos e objetivos a alcançar, da implementação das intervenções especializadas e, por fim, da análise dos resultados, monitorizados de acordo com os objetivos previamente definidos. Assim, foram implementados cuidados de Enfermagem de Reabilitação com qualidade e segurança, nos diferentes contextos de estágio.

No estágio da componente neurológica, a prática clínica incidiu nos domínios da consciência, cognição, perceção e sinestesia, força muscular, movimento articular, parésia, tónus muscular,

deglutição, equilíbrio, eliminação urinária e intestinal, sexualidade e autocuidado e, com particular destaque, no domínio da comunicação. No estágio da componente cardiorrespiratório, os focos a destacar foram a ventilação, a dispneia, a intolerância à atividade, a limpeza da via aérea, o autocuidado e autogestão da doença. A nível musculoesquelético, os cuidados incidiram nos domínios do movimento articular, força muscular, equilíbrio e autocuidado. No estágio de convalescença, a área de intervenção foi idêntica à componente neurológica. Em pediatria, os focos de atenção foram o neurodesenvolvimento e a componente cardiorrespiratória da criança prematura. No estágio desenvolvido na comunidade, os domínios do equilíbrio, consciência, cognição, perceção e sinestesia, movimento corporal, parésia, tónus muscular, deglutição e eliminação urinária e intestinal, foram os que tiveram maior destaque.

Em todas as componentes de estágio, exceto na de pediatria, foram desenvolvidas competências específicas da área de Enfermagem de Reabilitação, com foco no processo de desenvolvimento de tomada de decisão do EEER no domínio da comunicação, particularmente, na comunicação verbal expressiva, que constitui o tema central deste relatório de estágio.

De forma sintética, a Enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, tem como objetivo auxiliar pessoas com doenças agudas, crónicas ou sequelas, promovendo a maximização do seu potencial funcional e da sua independência. A atuação diferenciada do EEER visa, essencialmente, otimizar a função, fomentar a autonomia e preservar e promover a QdV.

- **Desenvolvimento de competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação, no domínio da comunicação verbal expressiva.**

Conforme descrito no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), a sua atuação do EEER tem como objetivo, maximizar o potencial funcional e a independência da pessoa com doenças agudas, crónicas ou sequelas, através da mobilização de conhecimentos e procedimentos científicos. Ainda segundo este Regulamento, o EEER deve possuir um elevado nível de conhecimento e experiência, que o habilita para a tomada de decisão clínica, visando a melhoria da função corporal, a promoção da independência e a maximização da satisfação da pessoa (Sousa, Martins & Novo, 2020). Além disso, o processo de tomada de decisão do EEER fundamenta-se nas fases do processo de enfermagem, configurando-se como um procedimento sistemático que exige um raciocínio clínico crítico-reflexivo, centrado na capacitação, na promoção da autonomia e na QdV da pessoa em processos de transição (Ribeiro, Faria & Ventura, 2021).

A comunicação verbal expressiva, quando comprometida por causas neurológicas agudas, é uma área de intervenção sensível aos cuidados do EEER, dada a sua relevância clínica e impacto multidimensional. Qualquer alteração neste domínio, conduz a consequências

significativas a nível pessoal, familiar e social, afetando negativamente a QdV da pessoa (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Neste contexto, no Projeto individual de desenvolvimento de competências – Módulo I, foi definido o seguinte objetivo geral: “Desenvolver competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação no domínio da comunicação verbal expressiva”, a partir do qual foram estipulados os seguintes objetivos específicos:

- 1. Desenvolver competências específicas para identificar dados relevantes na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.
- 2. Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos de enfermagem na pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.
- 3. Desenvolver competências específicas para identificar objetivos com a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.
- 4. Desenvolver competências específicas para planear e implementar programa de reabilitação para a pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.
- 5. Desenvolver competências específicas para avaliar os resultados das intervenções implementadas à pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva.

No contexto do desenvolvimento de competências profissionais especializadas na área de Enfermagem de Reabilitação ao longo dos diferentes estágios, surge a questão central que dá título a este relatório: “A pessoa com compromisso na comunicação: contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”.

Para fundamentar a intervenção do EEER junto da pessoa com compromisso na comunicação verbal expressiva, e face à necessidade de sistematizar o conhecimento sobre este domínio optou-se, inicialmente, por uma revisão da evidência científica mais atual.

O cuidar diferenciado do EEER inicia-se sempre com a recolha de informação e dados relevantes, constituindo o ponto de partida para o processo de reabilitação. A identificação das respostas humanas ao processo de transição vivenciado após um evento de saúde crítico, bem como dos fatores facilitadores e inibidores desse mesmo processo, foi uma preocupação constante e um elemento essencial na tomada de decisão clínica.

No decorrer deste processo, desenvolveram-se competências de avaliação dos domínios comprometidos, com base na utilização de instrumentos de apoio à tomada de decisão, que possibilitaram tanto a avaliação da sua condição de saúde, como a monitorização da sua evolução, face aos cuidados instituídos. Especificamente, para identificar o compromisso na comunicação verbal expressiva, recorreu-se a dois instrumentos: a escala *Aphasia Rapid Test* e a escala *Beaside de Language*.

O recurso a estes instrumentos, permitiu sistematizar os dados necessários à formulação dos diagnósticos, contribuindo para a estruturação da intervenção personalizada. De acordo com a OE (2019), a utilização de instrumentos na recolha de dados, representa um meio fundamental para mensurar os ganhos em saúde alcançados e, conseqüentemente, justificar a relevância da intervenção do EEER.

Antes de definir as intervenções do EEER, foram estabelecidos, em colaboração com a pessoa, objetivos realistas, tendo em consideração a sua condição prévia e o seu potencial funcional, sendo estes fatores essenciais para a obtenção de ganhos em saúde (Ribeiro, 2021). Com base nos diagnósticos identificados e nos objetivos estabelecidos, as intervenções foram planeadas e implementadas, promovendo ativamente o envolvimento e a participação da pessoa na sua própria conceção de cuidados. De acordo com o Regulamento n.º 392/2019, o foco principal foi a otimização e/ou reeducação das funções nos diferentes níveis funcionais, com especial atenção à comunicação, em particular à comunicação verbal expressiva.

Neste sentido, a implementação de um plano de intervenção para o compromisso da comunicação verbal expressiva, foi orientada para otimizar e/ou reeducar a capacidade da pessoa de comunicar verbalmente, por meio da estimulação processual da linguagem, promovendo a neuroplasticidade. Para operacionalizar este plano, foram adotadas diversas estratégias facilitadoras da comunicação, que possibilitaram uma abordagem terapêutica bem-sucedida e adaptada à situação clínica da pessoa. Além disso, de forma estratégica, foram criados conjuntos de exercícios promotores da comunicação verbal expressiva, concretizados por meio de atividades direcionadas ao autocuidado, conforme apresentado nos ANEXOS I, II e III. Estes exercícios foram implementados em três diferentes sessões de atuação, tendo inerente o objetivo de aumentar gradualmente a complexidade das tarefas propostas nos mesmos para, assim, potenciar ganhos positivos na comunicação verbal expressiva. A elaboração destes mesmos exercícios, baseou-se na experiência profissional adquirida, na evidência científica e nas escalas de avaliação previamente mencionadas, o que possibilitou uma abordagem de cuidado especializado e personalizado.

A intervenção do EEER no processo de capacitação da pessoa para a realização das atividades inerentes à comunicação verbal expressiva, contemplou áreas de destaque: a consciencialização, o conhecimento, a capacidade e autoeficácia. A consciencialização aludiu à compreensão e sensibilização sobre a nova condição de saúde e as suas condicionantes; o conhecimento permitiu empoderar a pessoa na tomada de decisão, sobre as circunstâncias da sua saúde e de vida, promovendo a maximização da autonomia; a capacidade, baseou-se na aprendizagem e no desenvolvimento das aptidões necessárias para que a pessoa se tornasse o mais independente possível no seu quotidiano e na realização das suas AVD's; a autoeficácia influenciou a atitude da pessoa, perante a sua própria capacidade de executar as ações necessárias para alcançar os objetivos estabelecidos.

No âmbito do processo adaptativo, a consciencialização, o conhecimento, a capacidade e a autoeficácia, exigiu da pessoa, dedicação e envolvimento em todo o seu processo de reabilitação. A implementação das intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação, contribuiu para maximizar a capacidade da pessoa, habilitando-a com estratégias para alcançar o máximo da sua capacidade funcional para comunicar eficazmente, de forma verbal e expressiva. Assim, o almejado foi maximizar a autonomia e independência, como forma imperativa de promover a QdV da pessoa.

Após a implementação das intervenções especializadas, foram avaliados os resultados obtidos, no que diz respeito a quatro dimensões: o nível de consciencialização sobre a relação entre a execução dos exercícios promotores da comunicação verbal expressiva e a melhoria da comunicação verbal expressiva; o conhecimento sobre esses exercícios; a capacidade de execução desses mesmos exercícios e a perceção de autoeficácia na sua realização.

A principal lacuna registada neste contexto, foi o tempo de interação e a relação terapêutica estabelecida que, sendo reduzidos, condicionaram a obtenção de resultados ainda mais significativos. Apesar disto, a monitorização realizada com os instrumentos de apoio à tomada de decisão clínica, evidenciou uma evolução positiva das habilidades e capacidades da pessoa, refletindo uma comunicação mais fluente, tendo sido reconhecidos os ganhos em saúde.

Resumidamente, o desenvolvimento de competências específicas do EEER no domínio da comunicação verbal expressiva, foi direcionado para dar resposta às necessidades particulares da pessoa que sofreu um AVC. Face ao exposto, pode-se afirmar que os objetivos definidos, relacionados com a aprendizagem e a aquisição das competências específicas do EEER foram alcançados.

## 5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório, foi elaborado no âmbito da unidade curricular "Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II", sendo fundamental no contexto do MER, ao proporcionar uma reflexão crítica sobre as competências comuns do EE e as específicas do EEER, desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio.

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto área específica de cuidado em enfermagem, exige que o profissional desenvolva competências científicas, técnicas e relacionais. Além disso, o investimento em adquirir conhecimento baseado nas melhores evidências clínicas, reflete-se em uma maior qualidade profissional, sendo essencial para o desenvolvimento de competências que promovam a saúde, previnam complicações e contribuam para o tratamento e a reabilitação, maximizando o potencial funcional da pessoa.

Perante as mudanças sociais e as crescentes necessidades de cuidados em saúde, a especialização dos cuidados de enfermagem, particularmente, na área da reabilitação e no contexto neurológico, torna-se fundamental, devido ao agravamento da dependência funcional da pessoa após eventos agudos, como o AVC. Assim, face a estas exigências profissionais, é essencial refletir sobre as competências comuns do EE e as específicas do EEER.

As competências do EE foram consolidadas no primeiro objetivo mencionado no Capítulo 4 e alcançadas por meio do empenho atitudinal, nos diferentes contextos de estágio. A exploração das diferentes áreas da Enfermagem de Reabilitação, possibilitou a aquisição de competências, que fortaleceram a atuação profissional em aspectos como a responsabilidade ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O respeito pelos direitos da pessoa alvo dos cuidados, constituiu a base para a construção de uma estrutura sólida de competências e para a criação de uma parceria de cuidados nos diferentes contextos de estágio. Reconhece-se que o EE deve desempenhar um papel ativo na promoção de estratégias institucionais, na gestão e na colaboração em programas de melhoria da qualidade dos serviços. Essa melhoria está conexas à existência de uma equipa estruturada e competente, capaz de responder às necessidades humanas identificadas, com o objetivo de melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD's e minimizar o impacto das incapacidades na pessoa. Assim, assegura-se a criação de um ambiente terapêutico seguro, que favorece a maximização da recuperação funcional da pessoa. Neste contexto, é essencial aprofundar conhecimentos baseados na melhor evidência científica, que fundamentam a prática de cuidados diferenciada e de excelência profissional.

O segundo objetivo definido e, também, explícito no Capítulo 4, reportou-se ao desenvolvimento das competências específicas do EEER vinculadas em três grandes domínios: Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania; e Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

De acordo com estas competências específicas do EEER, nos diferentes contextos de estágio, foi desenvolvido um papel ativo no acompanhamento da pessoa em processo de transição, por meio da conceção e implementação de planos de intervenção personalizados. Considerando as diferentes áreas de atuação, destaca-se o tempo disponível para o desenvolvimento das atividades que concretizaram a conceção dos cuidados estabelecida, sendo que a limitação temporal, influenciou o desenvolvimento dessas mesmas atividades. Apesar disso, reconheceu-se que os objetivos foram alcançados. Acima de tudo, a atuação na prática clínica foi orientada para promover a recuperação, reeducação e reabilitação das capacidades funcionais da pessoa, facilitando sua reintegração e participação na sociedade, contribuindo para a melhoria na sua QdV.

O terceiro objetivo delineado, também explorado no Capítulo 4, concentrou-se no desenvolvimento de competências especializadas para a tomada de decisão clínica em Enfermagem de Reabilitação, especificamente, no domínio da comunicação verbal expressiva. A escolha deste domínio contribuiu para o aprimoramento de competências específicas como EEER, em uma área de interesse pessoal, previamente expressa no Projeto individual de desenvolvimento de competências - Módulo I, o qual destacou a relevância da temática e a carência de investimentos e sistematização nesta área.

O maior desafio neste contexto, foi aprofundar os conhecimentos sobre o tema, com base nas melhores e mais atuais evidências científicas sobre a atuação do EEER. Da mesma forma, a identificação dos instrumentos de apoio à tomada de decisão mais adequados representou um desafio. Também, foram encontradas dificuldades no desenvolvimento de um recurso estruturado para a concretização das atividades promotoras da comunicação verbal expressiva. Apesar de todas as exigências e dificuldades inerentes à abordagem deste domínio, a intervenção revelou-se bem sucedida, permitindo afirmar que houve uma conquista na valorização do cuidado à pessoa com deficiência adquirida, em processo de transição saúde-doença, após ter sido vítima de um AVC. Em concreto, no domínio da comunicação verbal expressiva, a intervenção diferenciada concebida e implementada, representou uma afirmação da importância do papel do EEER nesta área disciplinar da reabilitação, contribuindo, significativamente, para a melhoria da QdV da pessoa.

A implicação teórica deste relatório gerou uma reflexão sobre a importância da atualização contínua do conhecimento, especialmente, em áreas específicas da Enfermagem de

Reabilitação. Manter-se atualizado, significa não apenas compreender verdadeiramente o conceito de "prática baseada em evidência" mas, também, saber quando intervir e, igualmente, reconhecer quando é necessário referenciar outros profissionais especializados, assegurando uma abordagem mais holística e integrada no cuidado à pessoa.

Em síntese, a elaboração deste relatório procurou refletir a articulação entre a teoria subjacente à problemática selecionada no Módulo I e a sua aplicação prática no Módulo II, como forma de desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação. Sem a elaboração do Projeto de desenvolvimento de competências no Módulo I, a busca e a sistematização da melhor evidência científica, fundamentais para a concretização e operacionalização deste relatório, não teriam sido viáveis.

Ao longo deste percurso, enfrentaram-se diversos desafios, constituindo valiosas fontes de aprendizagem e crescimento, tanto pessoal quanto profissional. As exigências associadas à garantia da qualidade formativa da ESEP e deste mestrado em particular, destacaram a importância da resiliência na conciliação das responsabilidades de trabalhadora-estudante com a gestão da vida pessoal e familiar. Ao longo de todos esses meses, foi necessária organização, dedicação e capacidade de adaptação para superar os vários obstáculos, para assim alcançar os objetivos propostos.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abo, M., Kakuda, W., Watanbe, M., Morooka, A., Kawakami, K., Senoo, A. (2012). Effectiveness of low-frequency rTMS and intensive speech therapy in post-stroke with aphasia: a pilot study based on evaluation by fMRI in relation to type of aphasia. *European Neurology*, 68(4), 199-208. <https://doi.org/10.1159/000338773>.

Abreu, J. (2015). Minimizar a espasticidade no doente na pessoa acometida por AVC. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/HospitalMarmeleiros\\_MinimizarEspasticidadePessoaAcometidaAVC\\_Madeira](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalMarmeleiros_MinimizarEspasticidadePessoaAcometidaAVC_Madeira).

Aguiar, V. & Rofes, A. (2018). Afasias não fluentes. In J. Fonseca. Afasia e comunicação após lesão cerebral, (pp.79-100). Lisboa: Papa-Letras Editora. ISBN 978-989-8214-65-2.

Ahrens, J., Shao, R., Blackport, D., Macaluso, S., Viana, R., Teasell, R., & Mehta, S. (2023). Cognitive-behavioral therapy for managing depressive and anxiety symptoms after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 30(4), 368-383. <https://doi.org/10.1080/10749357.2022.2049505>.

Alabdulaali, L., Hickman, L., Punt, T. & Jenkinson, N. (2022). Effectiveness of transcranial direct current stimulation on hand dexterity in stroke patients: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(2), e056064. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056064>.

Alcock, L., Vitória, R., Stuart, S., Rochester, L., & Pantall, A. (2023). Faster Walking Speeds Require Greater Activity from the Primary Motor Cortex in Older Adults Compared to Younger Adults Sensors. *Basel*, 23(15), 6921. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571703/>.

Almeida, I., Lúcio, P., Fernandes, M. & Coura, A. (2020). Coronavirus pandemic in light of nursing theories. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20200538. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0538>.

Alwashmi, K., Meyer, G., & Rowe, F. (2022). Audio-visual stimulation for visual compensatory functions in stroke survivors with visual field defect: A systematic review. *Neurological Sciences*, 43(4), 2299-2321. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-05926-y>.

Amala, S., & Chippala, P. (2024). Effect of Sit-to-Stand Training on Balance, Muscle Strength, and Activities of Daily Living in Patients with Stroke: A randomised Controlled Trial. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 18(2), 5-8. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2024/65339.19081>.

American College of Sports Medicine [ACSM]. (2021). Guidelines For Exercise Testing And

Prescription. 11th ed. Wolters Kluwer Health.

American Psychological Association (APA) (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7th ed). American Psychological Association.

American Stroke Association (ASA) (2019). Types of Aphasia. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/cognitive-andcommunication-effects-of-stroke/types-of-aphasia>.

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2007). Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]. Consultado em 6 de dezembro de 2024. Disponível em [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy). Index terms: scope of practice. doi:10.1044/policy.SP2007-00283.

Anemaat, L., Palmer, V., Copland, D., Mainstone, K., Druery, K., Druery, J., Aisthorpe, B., Binge, G., Mainstone, P., & Wallace, S. (2021). Using experience-based codesign to coproduce aphasia rehabilitation services: study protocol. *BMJ Open*, *11*(11). e047398. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047398>.

Antunes, J., Justo, F., Justo, A., Ramos, G., Prudente, C. (2016). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Revista Fisioter S Fun., Fortaleza* *5*(1): 30-41.

Araújo, P., Soares, S., Ribeiro, O. & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 12.1). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Ardila, A. (2014.) *Aphasia Handbook*. Florida International University.

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

Asghar, I., Egaji, O. & Griffiths, M. (2021). An overview of the digital solutions for helping people with aphasia through bibliometric analysis. *Journal Neurological Sci*, *5*(22),100-311. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2021.100311>.

Assembleia da República (2009). Resolução da Assembleia da República nº56/2009 – Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. *Diário da República*, I série, nº 146-29.

Azuar, C., Leger, A., Arbizu, C., Henry-Amar, F., Chomel-Guillaume, S., Samson, Y. (2013). The Aphasia Rapid Test: an NIHSS-like aphasia test. *Journal Neurology* *260*(8), 2110-2117.

[https://doi: 10.1007/s00415-013-6943-x](https://doi.org/10.1007/s00415-013-6943-x).

Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2020). 'It was really dark': The experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*, 34(1), 19-46 <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304>.

Baker, C., Rose, M. L., Ryan, B., & Worrall, L. (2021). Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke health professionals. *Topics in stroke rehabilitation*, 28(8), 581-593. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1849952>.

Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional - a importância da formação contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.

Barbosa, N., Zanetti, A. & Souza, J. (2021). Genograma e ecomapa como estratégias lúdicas de ensino de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20201106. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-110>.

Barros, C. (2016). Os Profissionais Cuidadores de Pessoas com Afasia em Unidades de Cuidados Continuados. (Dissertação de Mestrado). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.

Barwood, C., Murdoch, B., Whelan, B., Lloyd, D., Riek, S., O'Sullivan, J., Coulthard, A., Wong, A. (2012). Improved receptive and expressive language abilities in non-fluent phasic stroke patients after application of rTMS: an open protocol case series. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation*, 5(3), 274-286. doi: 10.1016/j.brs.2011.03.005.

Basso, A. (2003). Aphasia and its therapy. *Brain* 127(7), 1679-1681. [doi.org/10.1093/brain/awh184](https://doi.org/10.1093/brain/awh184).

Batista, A., Saldanha, A. & Furtado, F. (2017). Autoconceito masculino e autocuidado em saúde. *Scielo Portugal*, 18(3). 859-869. <https://doi.org/10.15309/17psd180318>.

Benito, G., Trsitão, K., Paula, A., Ataíde, L. & Lima, R. (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Revista Brasileira de enfermagem*. 65(1), 172-178. <https://doi.org/10.1590/S0034-1672012000100025>.

Benson, D., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. Nova Iorque: Oxford University Press.

Berg, K., Isaksen, J., Wallace, S., Cruice, M., Simmons-Mackie, N., & Worrall, L. (2020). Establishing consensus on a definition of aphasia: an e-Delphi study of international aphasia researchers. *Aphasiology*, 36(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1852003>.

Blackport, D., Ba, J., Singh, G., Pauli, M., Saikaley, J., Iruthayarajah, J., Donais, R., & Teasell. (2020). Chapter 13: Neglect and Visuospatial Disorders. *Clinician's Handbook EBRSR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*.

[http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR\\_CH13\\_V20.pdf](http://www.ebrsr.com/sites/default/files/EBRSR_CH13_V20.pdf).

Bohannon, R. & Smith, M. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. <http://ptjournal.apta.org/content/67/2/206.long>.

Bookheimer, S. (2002). Functional MRI of language: new approaches to understanding the cortical organization of semantic processing. *Annual review of neuroscience*, 25(1), 151-188.

Branco, T. & Guerreiro, D. (2011). A pessoa afásica e a reabilitação. *Enformação*, pp. 10-15.

Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Formasau.

Breijyeh, Z. & Karaman, R. (2020). Comprehensive review on Alzheimer's disease: causes and treatment. *Molecules*, 25(24), 5789. <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>.

Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., Huber, W., Willmes, K., Ringelstein, E., Haeusler, K., Glindemann, R., Domahs, F., Regenbrecht, F., Schlenck, K., Thomas, M., Obrig, H., de Langen, E., Rocker, R., Wigbers, F., Rühmkorf, C., Hemen, I., List, J., Baumgaertner, A. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: A randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet* 389(10078), 1528-1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30955-8.

Brogan E., Ciccone N. & Godecke, E. (2021). An exploration of aphasia therapy dosage in the first six months of stroke recovery. *Neuropsychological Rehabilitation*, 31(8), 1254- 288. doi:10.1080/09602011.2020.1776135.

Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. & Howe, T. (2012). Living successfully with afasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with afasia, family members, and speech-language pathologists. *Journal Speech Lang Pathol*, 14(2), 141-155. doi: 10.3109/17549507.2011.632026.

Burda, A. (2011). *Communication and swallowing changes in healthy aging adults*. Iowa: Jones & Bartlett Learning.

Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do Comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Campbell, B. & Khatri, P. (2020). Stroke. *Lancet*, 396(10244), 129-142. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8>.

Canadian Stroke Best Practice Recommendations. (2020). *Taking Action for Optimal Community and Long-term Stroke Care*. Canada: Heart and Stroke Foundation.

Cancela, D. (2008). *Acidente Vascular Cerebral: Classificação, principais consequências e reabilitação*. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>

- Carey, L. (2017). Review on somatosensory loss after stroke. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 29(1-4), 1-46. <https://doi.org/10.1615/CritRevPhysRehabilMed.v29.i1-4.10>
- Cardoso, R., Teixeira, E., Moreira, M., Fávero, F., Fontes, S. & Bulle de Oliveira, A. (2008), Effects of exercises on Bell's palsy: systematic review of randomized controlled trials. *Otol Neurotol.*, 29(4), 557-560. doi: 10.1097/MAO.0b013e31816c7bf1.
- Carpenito-Moyet, L. (2007). *Compreensão do Processo de Enfermagem: Mapeamento de Conceitos e Planejamento do Cuidado para Estudantes*. Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, A. & Vital, P. (2018). Uma perspectiva histórica. In J. Fonseca. *Afasia e comunicação após lesão cerebral*, (pp. 13-30). Lisboa: Papa-Letras Editora. ISBN 978-989-8214-65-2.
- Castro-Caldas, A. (1999). *A herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: Mcgraw-Hill
- Cattaneo, L., & Pavesi, G. (2014). The facial motor system. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38(1), 135-159. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.11.002
- Chacon-Barba, J., Moral-Munoz, J., De Miguel-Rubio, A. & Lucena-Anton, D. (2024). Effects of Resistance Training on Spasticity in People with Stroke: A Systematic Review. *Brain Sciences* 14(1), 57. <https://doi.org/10.3390/brainsci14010057>
- Cheng, B., Worrall, L., Copland DA, Wallace SJ. Prognostication in post-stroke aphasia: How do speech pathologists formulate and deliver information about recovery?. *Int Journal Lang Commun Disord* 55(4), 520-536. doi: 10.1111/1460-6984.12534.
- Constituição da República Portuguesa. (2016). Texto editores
- Correia, R. (2018). *Mental State Exam Checklist - Validação de um instrumento de avaliação do estado mental (Dissertação de mestrado)*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Cortes, A., Souza, K. & Araujo A. (2023). Alterações auditivas pós acidente vascular cerebral (AVC): uma revisão integrativa. *Revista ACiS*, 11(2), 108-118. <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2712/1757>
- Costa, A. (2013). *O desenvolvimento da motricidade fina: Um estudo de intervenção com crianças em idade pré-escolar e o impacto das atividades físicas no desenvolvimento infantil. (Dissertação de mestrado)*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Costa, N. (2019). *Treino orientado para a tarefa em doentes com AVC: um modelo de intervenção em reabilitação. (Dissertação de mestrado)*. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança).
- Cruz, A., Santos, M., Reis, A. & Faísca, L. (2014). *Validação Portuguesa de um teste breve para*

rastreio da afasia (Bedside de Lenguaje). *Sinapse* 14(1), 9-17.

Cruz, E., Miller, C., Zhang, W., Rogers, K., Lee, H. J., Wells, Y., Cloud, G. C., & Lannin, N. A. (2022). Does non-implanted electrical stimulation reduce post-stroke urinary or fecal incontinence? A systematic review with meta-analysis. *International journal of stroke society* 17(4), 378-388. <https://doi.org/10.1177/17474930211006301>

Da Graça, C. (2017). Aplicação Móvel De Comunicação Digital Para Indivíduos Com Afasia. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade do Porto.

Decreto-Lei n.º 38/2004 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2004). Diário da República: I Série, n.º 161. 18 de agosto de 2008.

Decreto Lei n.º 163/2006 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Diário da República 1ª série, n.º 152, 8 de Agosto de 2006. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/163-2006-538624>

Deuschl, G., Beghi, E., Fazekas, F., Varga, T., Christoforidi, K., Sipido, E., Bassetti, C., Vos, T. & Feigin, V. (2020). The burden of neurological diseases in Europe: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*, 5(10), 551-567. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30190-0)

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2006). Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa nacional para as doenças cérebrocardiovasculares. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto: circular normativa n.º 015/2017 de 13/07/2017.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares: Circular normativa n.º 008/2019 de 09/12/2019.

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2021). Unidades de AVC: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2024). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Duffy, J. (2020). Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. (4nd ed.). St. Louis, MO: Elsevier Mosby.

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P.,

- Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, 6(3), 89-115. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>.
- Elbaum, J. (2019). Counseling individuals post acquired brain injury: Considerations and objectives. *Acquired brain injury: An integrative neuro-rehabilitation approach*, 315-333. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-16613-7>.
- Epstein, C., Wassermann, E., Ziemann, Walsh, V., Paus, T. & Lisanby, S. (2008). *Oxford handbook of transcranial stimulation*. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 0198568924.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (2023). Orientações para a elaboração do relatório de estágio da UC “Estágio de natureza Profissional com Relatório – Módulo II”. (Documento publicado moodle da unidade curricular, Escola Superior de Enfermagem do Porto).
- European Stroke Initiative Executive Committee., EUSI Writing Committee., Olsen, T., Langhorne, P., Diener, H., Hennerici, M., Ferro, J., Sivenius, J., Wahlgren, N & Bath, P. (2003). European Stroke Initiative recommendations for stroke management–Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, 16(4), 311–337. <https://doi.org/10.1159/00072554>.
- European Stroke Organization (ESO). (2021). *Stroke Action Plan Europe 2018-2030*. European Stroke Organization. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2396987318808719>.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. (2018). The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 85–94. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613009/html/>.
- Fleck, S. & Kraemer, W. (2017). *Fundamentos do treinamento de força muscular*. Artmed Editora.
- Figueiredo, A., Pereira, A. & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência. *HIGEIA*, 3(1), 35-45. [https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos\\_n3/03\\_Acidente\\_vascular\\_cerebral\\_isquemico\\_vs\\_hemorragico\\_taxa\\_de\\_sobrevivencia.pdf](https://revistahigeia.ipcb.pt/artigos_n3/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf).
- Fonseca, J. (2017). *Avaliação De Capacidades Cognitivas não-Verbais Na Afasia De Etiologia Vascular* (Tese de doutoramento). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Fonseca, J. (2018). *Afasia e a comunicação após lesão cerebral*. (1ª ed.). Lisboa: Papa-Letras Editora. ISBN 978-989-8214-65-2.
- Fragala, M., Cadore, E., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W., Peterson, M. & Ryan, E. (2019). *Resistance Training for Older Adults: Position Statement From the National Strength and*

Conditioning Association. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 33(8), 2019–2052. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31343601/>.

Fridriksson, J. & Hillis, A. (2021). Current Approaches to the Treatment of Post-Stroke Aphasia. *Journal of Stroke*. 23(2), 183-201. doi: 10.5853/jos.2020.05015

Friederici, A. & Chomsky, N. (2017). *Language in our Brain. The origins of a uniquely human capacity*. MIT Press.

Fry, C., Fluck, A., Affley, B., Kakar, P., Sharma, P., Fluck, D., & Han, T. S. (2024). Urinary incontinence indicates mortality, disability, and infections in hospitalised stroke patients. *BJU international*, 133(5), 604–613. <https://doi.org/10.1111/bju.16320>.

Gagliardi, R. (2015). Prevenção primária da doença Cerebrovascular. Diagnóstico e Tratamento, 20(3), 88-94. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n3/a4894>.

Gamhewage, G., Mylonas, C., Mahmoud, M., & Stucke, O. (2022). Developing the first-ever global learning strategy to frame the future of learning for achieving public health goals. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 12(1), 74-76. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2021.09.016>.

Garcia, L., Pereira, L. & Fukuda, Y. (2007). Atenção seletiva: PSI em crianças com distúrbio de aprendizagem. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 73(3):404–11. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992007000300017>.

Garcia, F. (2018). Afasias subcorticais. In J. Fonseca. *Afasia e comunicação após lesão cerebral* (pp.101-111). Lisboa: Papa-Letras.

Gaspar, L., Loureiro, M. & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas* (Capítulo 2). Lidel – Edições técnicas, Lda.

Georgiou, A. & Kambanaros, M. Therapies and Challenges in the Post-Stroke Aphasia Rehabilitation Arena: Current and Future Prospects. *Medicina (Kaunas)*, 59(9), 1674. <https://doi.org/10.3390/medicina59091674>.

Gerber, S., Schütz, N., Uslu, A., Schmidt, N., Röthlisberger, C., Wyss, P., Perny, S., Wyss, C., KoenigBruhin, M., Urwyler, P., Nyffeler, T., Marchal-Crespo, L., Mosimann, U., Müri, R. & Nef, T. (2019). Therapist-Guided Tablet-Based Telerehabilitation for Patients With Aphasia: Proof-of-Concept and Usability Study. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies* 6(1), e13163. <https://doi.org/10.2196/13163>.

Gilmore, G., Groth, K. & Thomas, C., (2005). Stimulus contrast and word Reading speed in Alzheimer's disease. *Exp Aging Res*, 31(1), 15-33. doi: 10.1080/03610730590882828. PMID: 15842071.

Gladstone, D., Poppe, A., Douketis, J., Semchuk, W., Bourgoin, A., Cox, J., Falconer, J., Graham, B., Labrie, M., McDonald, L., Mandzia, J., Ngui, D., Pageau, P., Rodgerson, A., Tebbutt, T., Tuchak, C., Udell, J., Van Gaal, S., Villaluna, K., Dowlatshahi, D., Coutts, S., Wein, T., Heran, M., Lavoie, P., McGuff, R. & Lindsay, M. (2021). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke 7th Edition - 2020 UPDATED. <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/secondary-prevention-of-stroke/csbpr7-spos-module-final-eng-2020.pdf?rev=2b5bc9a642c44e0eaefb63568c85cacf>.

Godecke, E., Armstrong, E., Rai, T., Ciccone, N., Rose, M., Middleton, S., Whitworth, A., Holland, A., Ellery, F., Hankey, G., Cadilhac, D. & Bernhardt, J. (2021). A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEech (VERSE) study. *International Journal of Stroke*, 16(5): 556-572. doi:10.1177/1747493020961926.

Gomes, M. (2021). Avaliação do impacto do uso de jogos digitais sérios na promoção de competências comunicativas na Paralisia Cerebral. (Dissertação de mestrado). Porto: Universidade do Porto.

Godecke, E., Armstrong, E., Rai, T., Ciccone, N., Rose, M. L., Middleton, S., Whitworth, A., Holland, A., Ellery, F., Hankey, G. J., Cadilhac, D. A., Bernhardt, J., & VERSE Collaborative Group. (2021). A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEech (VERSE) study. *International journal of stroke: official journal of the International Stroke Society*, 16(5), 556-572. doi: 10.1177/1747493020961926.

Goodglass, H. & Kaplan, E. (2005). La evaluación de la afasia y trastornos relacionados. Madrid: Panamericana.

Goucha, T. & Friederici, A. (2015). The language skeleton after dissecting meaning: A functional segregation within Broca's área. *NeuroImage*, 1(114):294-302. doi: 10.1016/j.neuroimage.2015.04.011.

Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2022). Nursing - a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*, 69(1), 13-19. <https://doi.org/10.1111/inr.12661>.

Guyton, A. & Hall, J. (2006). Textbook of medical physiology (11th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Guyton, A. & Hall, J. (2011). Tratado de Fisiologia Médica. (12ª Edição). Philadelphia: Elsevier.

Guzek, Z., Dziubek, W., Stefańska, M., & Kowalska, J. (2024). Evaluation of the functional outcome and mobility of patients after stroke depending on their cognitive state. *Scientific Reports*, 14(1515). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52236-8>.

Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi.

Hall, J. (2000). Biomecânica Básica. Guanabara Koogan.

Hallowell, B. (2017). *Aphasia and other acquired neurogenic language disorders: A guide for clinical excellence*. Plural Publishing.

Hallowell, B., Chapey, R. (2008). *Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. In *language interventions strategies in adult aphasia* (5nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hepworth, L., Rowe, F., Walker, M., Rockliffe, J., Noonan, C., Howard, C., & Currie, J. (2016). Post-stroke Visual Impairment: A Systematic Literature Review of Types and Recovery of Visual Conditions. *Ophthalmology Research: An International Journal*, 5(1), 1-43. <https://doi.org/10.9734/OR/2016/21767>.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.

Hilari, K., Needle, J. & Harrinson, K. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 9(3), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.05.028>.

Hillis, A. (2007). Aphasia: progress in the last quarter of a century. *Neurology*, 69(2), 200-213. doi: 10.1212/01.wnl.0000265600.69385.6f. PMID: 17620554.

Hillis, A., Beh, Y., Sebastian, R., Breining, B., Tippett, D., Wright, A., Saxena, S., Rorden, C., Bonilha, L., Basilakos, A., Yourganov, G. & Fridriksson, J. (2018). Predicting recovery in acute poststroke aphasia. *Ann. Neurol*, 83(3), 612-622. doi: 10.1002/ana.25184.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. 3ª edição, Loures: Lusociência.

Hoffmann, G., Conrad, M. O., Qiu, D., & Kamper, D. G. (2016). Contributions of voluntary activation deficits to hand weakness after stroke. *Top Stroke Rehabil*, 23(6), 384-392. doi: 10.1179/1945511915Y.0000000023.

Holland, A. (2007). Counseling/coaching in chronic afasia: Getting on with life. *Topics in Language Disorders*, 27(1), 339-350. doi: 10.1097/01.TLD.0000299888.24241.dd.

Homem, F., Caetano, A., Reveles, A., Martins, A., Sousa, J., Rodrigues, L. & Azevedo, T. (2022). *Manual de apoio à consulta de enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Ordem dos Enfermeiros, 2ª edição. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>.

Howe, T., Worrall, L., & Hickson, L. (2008). Interviews with people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(10), 1-29. <https://doi.org/10.1080/02687030701640941>.

Hugues, A., Di Marco, J., Ribault, S., Ardaillon, H., Janiaud, P., Xue, Y., Zhu, J., Pires, J., Khademi,

H., Rubio, L., Hernandez Bernal, P., Bahar, Y., Charvat, H., Szulc, P., Ciumas, C., Won, H., Cucherat, M., Bonan, I., Gueyffier, F., & Rode, G. (2019). Limited evidence of physical therapy on balance after stroke: A systematic review and meta-analysis. *PloSone*, *14*(8), e0221700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221700>.

Hur, H. & Kang, Y. (2021). Nurses experiences of communicating with patients with Afasia. *NursingOpen*, *9*(1), 714-720. <https://doi.org/10.1002/nop2.1124>.

International Council of Nurses (2019). International Classification for Nursing Practice - ICNP Browser. Acessível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnpbrowser>.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023). Causas de morte 2021. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=594417880&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594417880&DESTAQUESmodo=2).

Jauch, E., Saver, J., Adams, H., Bruno, A., Connors, J., Demaerschalk, B., Khatri, P., McMullan, P., Qureshi, A., Rosenfield, K., Scott, P., Summers, D., Wang, D., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, *44*(3), 870-947. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318284056a>.

Johanson, M., Carlsson, M., & Sonander, K. (2012). Communications difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *Int J Lang Commun Disord*. *47*(2). <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x>.

Kagan, A. & Simmons-Mackie, N. (2013). Changing the Aphasia Narrative. *ASHA Leader*, *18*(11).

Kang, A., Chun, M., Choi, S., Chang, M. & Yi, Y. (2017). Effects of Mirror Therapy Using a Tablet PC on Central Facial Paresis in Stroke Patients. *Annals of rehabilitation medicine*, *41*(3), 347-353. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.3.347>.

Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Fauci, A., Longo, D. & Loscalzo, J. (2017). Princípios de medicina interna de Harrison (19ª edição). AMGH Editora Ltda ISBN 9780071466332.

Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, *38*(2), 208-211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>.

Kearns, Á., Kelly, H. & Pitt, I. (2019). Self-reported feedback in ICT-delivered aphasia rehabilitation: a literature review. *Disability and Rehabilitation*. pp. 1-15. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1655803>.

Knight-Greenfield, A., Nario, A. & Gupta, A. (2019). Causes of acute stroke: A Patterned approach. *Radiologic Clinics of North America*, *57*(6), 1093-1108. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2019.07.007>.

Kondo Y, Yoshida Y, Iioka T, Kataoka H, Sakamoto J, Hirase T, Honda Y, Nawata A, Okita M. (2022). Short-Term Effects of Isometric Quadriceps Muscle Exercise with Auditory and Visual

Feedback on Pain, Physical Function, and Performance after Total Knee Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. *J Knee Surg*, 35(8):922-931. doi: 10.1055/s-0040-1721035.

Konecny, P., Elfmark, M., Horak, S., Pastucha, D., Krobot, A., Urbanek, K., & Kanovsky, P. (2014). Central facial paresis and its impact on mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 158(1), 133-137. <https://doi.org/10.5507/bp.2013.014>.

Kuriakose, D. & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 1- 24. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>.

Kristensen, O., Stenager, E. & Dalgas, U. (2017). Muscle Strength and Poststroke Hemiplegia: A Systematic Review of Muscle Strength Assessment and Muscle Strength Impairment. *Arch Phys Med Rehabil*, 98(2), 368-380. doi: 10.1016/j.apmr.2016.05.023.

Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., Munoz-Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, R., Lakičević, S., Lampropoulou, S., Luft, A., Marque, P., Moore, S. A., Solomon, J., Swinnen, E., Turolla, A., Alt Murphy, M. & Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European Stroke Journal*, 8(4), 880-894. <https://doi.org/10.1177/23969873231191304>.

LaCroix, A., James, E. & Rogalsky, C. (2021). Neural Resources Supporting Language Production vs. Comprehension in Chronic Post-stroke Aphasia: A Meta-Analysis Using Activation Likelihood Estimates. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15(1), 680-933. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.680933>.

Larsson, I. & Thrén-Jonsson, A. L. (2007). The swedish speech interpretation servisse: na exploratory study of anew communication support provided to people with afasia. *Augment Altern Commun*, 23(4), 312-22. doi: 10.1080/07434610701714880. PMID: 19925315.

Lauterbach, M., Costa, R., Leal, G., Willmes, K. & Martins, I. (2010). Recovering from acquired childhood afasia (ACA) - 20 years later, learning about the neuroplasticity of language. *Behav Neurol*, 23(4), 195-197. doi: 10.3233/BEN-2010-0293. PMID: 21422553; PMCID: PMC5434382.

Leal, G. (2018). Recuperação e reabilitação da afasia. In J. Fonseca. Afasia e comunicação após lesão cerebral (pp.283-96). Lisboa: Papa-Letras Editora.

Leal, G. & Martins, I. (2005). Avaliação da afasia pelo médico de família. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 21(2): 359-364. doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i4.10154>.

Lee, K., Hong, B., Kim, J., Sul, B., Yoon, S., Ji, E., Son, D., Hwang, B. & Lim, S. (2019). Which brain lesions produce spasticity? An observational study on 45 stroke patients. *PloS one*, 14(1), e0210038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210038>.

- Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., & Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 51-59. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
- Lima, R., Rose, M., Lima, H., Cabral, N., Silveira, N. & Massi, G. (2020). Prevalence of aphasia after stroke in a hospital population in southern Brazil: a retrospective cohort study. *Top Stroke Rehabilitation*, 27(3), 215-223. <https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1673593>.
- Lima, K., Tenório, J., Almeida, G., Santos, M. & Andrade, K. (2017). Reabilitação auditiva após acidente vascular encefálico: tratamento de distúrbios do processamento auditivo em pacientes com acidente vascular encefálico com sistema de frequência modulada pessoal (FM). *Distúrbios Da Comunicação*, 29(1), 185-188. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i1p185-188>.
- Limão, R., & Lopes, R. (2021). Effectiveness of rehabilitation nursing programs on balance, gait, and functional independence in hospitalized older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20205>
- Lin, W., Meng, L., Lou, W., Yang, P. & Huang, M. (2022). Using Logistic Multivariate Analysis to Explore the Effects of Nursing and Psychological Factors on Motor and Cognitive Rehabilitation in Patients with Stroke: Based on a Retrospective Case-Control Study. *Computational Intelligence & Neuroscience*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.1155/2022/1411670>.
- Lopes, S. & Mendes, V. (2013). Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf).
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*, (pp. 281-328). Lisboa: Lidel Edições.
- Ma, S., Fan, X., He, Y., Li, C., Qu, D., & Man, Y. (2023). Effectiveness and safety of digital rectal stimulation and abdominal massage for neurogenic bowel dysfunction in stroke patients: a randomized control ledtrial protocol. *Trials*, 24(1), 633. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07678-2>.
- Macdonald, S. (2021). The cognitive-communication checklist for acquired brain injury: A means of identifying, recording, and tracking communication impairments. *American Journal of Speech Language Pathology*, 30(3), 1074-1089. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00155](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00155).
- Machado, W. (2017). *O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência*. Curitiba: CRV Editora.
- Magalhães, C. (2018). Afasias Fluentes. In J.Fonseca. *Afasia e a comunicação após lesão cerebral* (pp. 61-77). Lisboa: Papa-Letras Editora.

- Marianelli, M., Marianelli, C. & Neto, T. (2020). Principais fatores de risco do AVC isquémico: Uma abordagem descritiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 19679- 19690. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-344>.
- Martel, J., Ownbey, M., Simmons, C. & Fink, M. (2021). Recognizing Stroke Mimics: A Guide for Primary Care. *Primary Care Reports*, 27(12), 1-16. <https://www.reliasmedia.com/articles/148805-recognizing-stroke-mimics-a-guide-for-primary-care>.
- Martino, L. (2022). *Sem tempo para nada*. Rio de Janeiro: Vozes. ISBN 9786557136720.
- Martins, I., Fonseca, J., Morgado, J., leal, G., Farrajota, L., Fonseca, A. & Melo, T. (2017). Language improvement one week after thrombolysis in acute stroke, *Acta Neurol Scand*, 135(3): 339-345. doi: 10.1111/ane.12604.
- Martins, I. (2018). Organização cerebral da linguagem. In J. Fonseca, *Afasia e comunicação após lesão cerebral* (pp.37-49). Lisboa: Papa-Letras Editora.
- Martins, M., Ribeiro, O. & Silva, J. (2018). Orientações Concetuais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa Enfermagem de reabilitação*, 1(2), 42-48. <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERV1N2.pdf>.
- Matos, M. (2012). Níveis de Atividade e Participação de Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses. (Tese de Doutoramento). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Matos, A. (2018). Participação social e afasia. In J. Fonseca. *Afasia e comunicação após lesão cerebral* (pp. 333-48). Lisboa: Papa-Letras Editora.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E, Hilfinger Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0).
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente. *Lusociência*.
- Mercier, L., Audet, T., Hébert, R., Rochette, A. & Dubois, M. (2001). Impact of motor, cognitive, and perceptual disorders on ability to perform activities of daily living after stroke. *Stroke*, 32(11), 2602-2608. <https://doi.org/10.1161/hs1101.098154>.

Morris, M., Clayman, M., Peters, K., Leppin, A. & LeBlanc, A. (2015) Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disabil Health J.* 8(2), 208-15. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.007>.

Nasiri, M., Jafari, Z., Rakhshan, M., Yarahmadi, F., Zonoori, S., Akbari, F., Sadeghi Moghimi, E., Amirmohseni, L., Abbasi, M., Keyvanloo Sharstanaki, S., & Rezaei, M. (2023). Aplicação dos programas de cuidado baseados na teoria de Orem entre adultos com doenças crônicas: uma revisão sistemática e meta-análise dose-resposta. *Revisão Internacional de Enfermagem*, 70(1), 59-77. <https://doi.org/10.1111/inr.12808>.

National Clinical Guideline for Stroke. (2023). National Clinical Guideline for Stroke for the UK and Ireland. London: Intercollegiate Stroke Working Party.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). Stroke rehabilitation in adults: NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236>.

Nitsche, M., Liebetanz, D., Lang, N., Antal, A., Tergau, F., Paulus, W. (2003). Safety criteria for transcranial direct current stimulation (tDCS) in humans. *Clinical Neurophysiology*, 114(11), 2220-2222. Doi: 10.1016/s1388-2457(03)00235-9.

Noble, K., Glosser, G. & Grossman, M. (2000). Oral Reading in dementia. *Brain Lang*, 74(1):48-69. doi: 10.1006/brln.2000.2330. PMID: 10924216.

Nogles, T. & Galuska, M. (2022). Middle Cerebral Artery Stroke. In StatPearls. Stat Pearls Publishing. PMID:32310592. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556132/>.

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

Norkin, C. & Levangie, K. (2001). *Articulações: Estrutura e funções*. Revinter.

Northcott, S., Marshall, J. & Hilari, K. (2016). What Factors Predict Who Will Have a Strong Social Network Following a Stroke? *J. Speech Lang. Hear. Res.* 59(4), 772-783. [https://doi.org/10.1044/2016\\_JSLHR-L-15-0201](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0201).

Oliveira, C. (2015). "Autocuidado: gerir regime medicamentoso": uma revisão integrativa da literatura- contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados de Enfermagem. (Tese de mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos, transferências e treino de deambulação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos

- Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Guia Orientador de Boa Prática-Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilitação-respiratória\\_mceer\\_final-para-divulgação-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação. Lisboa, Colégio da Especialidade de Enfermagem de reabilitação. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamentodos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamentodos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II série, n.º 26 (6 fevereiro). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Diário da República: II série, n.º 85 (3 maio). <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Edic. Científicas y Técnicas.
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. (2005). Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos. Unesco. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2003). Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral. Porto Alegre. Artmed.
- Organização Mundial de Saúde. (2021). Step Safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924002191-4>.
- O'Sullivan, M., Brownsett, S. & Copland, D. (2019). Language and language disorders: neuroscience to clinical practice. *Practical neurology*, 19(5), 380-388. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-001961>.
- Padilha, J. (1999). Afasia. *Nursing* 11(136):40-48.

Pais-Ribeiro J., Silva I., Ferreira T., Martins A., Meneses R. & Baltar M. (2007) Estudo de validação de uma versão portuguesa da Escala hospitalar de Ansiedade e depressão. *Psychol Health Med.*,12(2), 225-235. doi: 10.1080/13548500500524088.

Page, S. & Peters, H. (2014). Mental practice: applying motor Practice and neuroplasticity principles to increase upper extremity function. *Stroke*, 45(11), 3454-3460. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.004313>.

Patterson, J., Chapey, R. (2008). Assessment of Language Disorders in Adults. In *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Ed. Chapey, R.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 64-160.

Pedersen, P., Vinter, K. & Olsen, T. (2004). Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovascular diseases*, 17(1), 35-43. <https://doi.org/10.1159/000073896>.

Pereira, L., Obara, K., Dias, J., Menacho, M., Lavado, E. & Cardoso, J. (2011). Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 649-658. doi: 10.1177/0269215510395634.

Pereira, R. (2008). A Reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em meio hospitalar. (Dissertação de mestrado). Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, uma oportunidade. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Pereira, R., Martins, M. & Machado, W. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (Capítulo 18). Lidel - Edições técnicas, Lda.

Petiz, E. (2002) A atividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos Institucionalizados. (dissertação de mestrado). Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Petronilho, F. & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. In L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longa Da Vida* (pp. 3-23). Loures: Lusodidacta.

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areais, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp.67-75). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

- Pinto, M. (2022). A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pósAcidente Vascular Cerebral - desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação. (Dissertação de mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Piper, F. (2013). A importância da memória de trabalho para a aprendizagem. XIII Semana de Letras: Letras no Mundo. p. 6.
- Plantin, J., Verneau, M., Godbolt, A., Pennati, G., Laurencikas, E., Johansson, B., Krumlinde-Sundholm, L., Baron, J., Borg, J. & Lindberg, P. (2021). Recovery and Prediction of Bimanual Hand Use After Stroke. *Neurology*, 97(7), 706-719. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012366>.
- Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B., Hoh, B., Jauch, E., Kidwell, C., Leslie-Mazwi, T., Ovbiagele, B., Scott, P., Sheth, K., Southerland, A., Summers, D., & Tirschwell, D. (2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic stroke: a Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>.
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos De Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. (2016). Portugal - Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticasesaude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-vascular-em-numeros-2015-pdf.aspx>.
- Pugliese, M., Ramsay, T., Johnson, D., & Dowlathshahi, D. (2018). Mobile tablet-based therapies following stroke: A systematic scoping review of administrative methods and patient experiences. *PLoS ONE*, 13(1), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191566>.
- Queirós, P., Vidinha, S. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>.
- Rabassa, O., Plaja, C. & Serrat, M. (2006). *Neuropsicologia da linguagem. Funcionamento normal e patológico - reabilitação*. São Paulo: Editora Santos.
- Ramalho, E., Tomassini, E., Gonçalves, G. Martins, N., Moraes, T. & Paula, A. (2024). Reabilitação da afasia em pacientes pós acidente vascular cerebral: revisão de literatura. *ACiS*, 12(1), 68-79.
- Ramos, A. (2014). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com AVC em situação de Afasia. (Dissertação de mestrado). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ramos, A. & Bortagarai, F. (2012). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*,

14(1), 164-170. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>.

Ramos, C. (2013). *A participação da pessoa com afasia: uma abordagem multidimensional*. Porto: Instituto Politécnico do Porto.

Reis, D. (2018). *Rutura e transmutação- Aplicabilidades técnicas do treino do ator na recuperação de sequelas de AVC*. (Dissertação de mestrado). Leiria: Escola Superior de artes e Design do Instituto Politécnico de Leiria.

Ribas, B. (2019). *Influência do estado nutricional na recuperação funcional em sobreviventes de AVC: revisão sistemática da literatura*. (Dissertação de mestrado). Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação-Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro, O., Faria, A. & Ventura, J. (2021) *Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação*. In O. Ribeiro. *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp.67-75). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro, O., Trindade, L., Ventura, J. & Faria, A. (2021). *Professional practice in the hospital setting: nurses' view on contributions from Dorothea Orem's conceptions*. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(1). <https://doi.org/10.5902/2179769254723>.

Rique, A., Soares, E. & Meirelles, C. (2022). *Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares*. *Revista Brasileira de Medicina do Desporto*, 8(6), 244-254. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922002000600006>.

Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (2020). *Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após Acidente Vascular Cerebral: Estudo de Caso*. *Revista Portuguesa De Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>.

Rocha, R., Freitas, J., Ramalho, F., Couto, F., Apóstolo, J. (2016). *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade - manual de apoio*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Rodrigues, I. (2018). *Estimulação Cerebral Não Invasiva*. In J. Fonseca. *Afasia e comunicação após lesão cerebral*, (pp. 297-310). Lisboa: Papa-Letras Editora.

Rodrigues, I. & Castro-Caldas, A. (2014). *Aphasia with recurring utterances: OLd syndrome, new perspectives*. *Aphasiology*, 28(11), 1350-1363. [10.1080/02687038.2014.921884](https://doi.org/10.1080/02687038.2014.921884).

Rodrigues, M., Santana, L. & Galvão, I. (2017). *Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquémico: uma abordagem descritiva*. *Revista de Medicina*, 96(3), 187-192. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192>.

Rohkamm, R. (2004). *Color atlas of neurology*. New York: Thieme.

Rubi-Fessen, I., Hartmann, A., Huber, W., Fimm, B., Rommel, T., Thiel, A., Heiss, W. (2015). Add-on effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on subacute aphasia therapy: enhanced improvement of functional communication and basic linguistic skill. A randomized controlled study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(11), 1935-1944. doi: 10.1016/j.apmr.2015.06.017.

Rousseaux, M., Daveluy, W. & Kozlowski, O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *European Journal of Neurology*, Lille 257(107), 1099-1107. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5469-8>.

Sadeghi, M., Hemmati, S., Emami Razavi, S., Vahabizad, F., Yekaninejad, M., & Azadvari, M. (2023). Prevalence and Features of Post-stroke Urinary Incontinence: A Retrospective Cohort Study. *Archives of Iranian medicine*, 26(5), 234-240. <https://doi.org/10.34172/aim.2023.36>.

Safouris, A., Palaiodimou, L., Nardai, S., Kargiotis, O., Magoufis, G., Psychogios, K., Matusevicius, M., Feil, K., Ahmed, N., Kellert, L., Spiliopoulos, S., Brountzos, E., Szikora, I., Sarraj, A., Goyal, N., Sousa, D., Strbian, D., Caso, V., Alexandrov, A., Tsivgoulis, G. (2023). Medical Management Versus Endovascular Treatment for Large-Vessel Occlusion Anterior Circulation Stroke With Low NIHSS. *Journal Stroke*. 54(9), 2265-2275. doi:10.1161/STROKEAHA.123.043937.

Sahin, N., Pinker, S., Cash, S., Schomer, D., Halgren, E. (2009). Sequential processing of lexical, grammatical, and phonological information within Broca's area. *Science*, 326(5951), 445-449.

Sandt- Koenderman, M., Meulen, I. & Ribbers, G. (2012). Aphasia rehabilitation: More than treating the language disorder. *Arch Phys Med Rehabil*, 93(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.037>.

Santos, C. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4) 434-437. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00341672005000400010&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00341672005000400010&script=sci_abstract&lng=pt).

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 36-43. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>.

Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp.547-557). Lusodidacta.

Saur, D., Lange, R., Baumgaertner, A., Schraknepper, V., Willmes, K., Rijntjes, M. & Weiller, C. (2006). Dynamics of language reorganization after stroke. *Brain*, 129(6): 1371- 1384. doi: 10.1093/brain/awl090.

Sebastião, R. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com Acidente*

Vascular Cerebral (AVC): Eficácia de um Programa. (Dissertação de mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Selles, R., Andrinopoulou, E., Nijland, R., Van der Vliet, R., Slaman, J., Van Wegen, E., Rizopoulos, D., Ribbers, G., Meskers, C. & Kwakkel, G. (2021). Computerised patient-specific prediction of the recovery profile of upper limb capacity within stroke services: the next step. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 92(6), 574-581. doi: 10.1136/jnnp-2020-324637.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel.

Silva, G., Gonçalves, R., Taveira, I., Mouzinho, M., Osório, R., & Nzwalo, H. (2021). Stroke Associated Cortical Deafness: A Systematic Review of Clinical and Radiological Characteristics. *BrainSciences*, 11(11), 2076-3425. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111383>.

Schub, E., & Schub, T. (2023). Teaching Patients About Mobility Aids. CINAHL Nursing Guideline. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&dbnup&AN=T704133&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning: a national clinical guideline. Consultado em 20 de agosto de 2024. Disponível em <https://www.sign.ac.uk/assets/sign118.pdf>.

Shah- Basak, P., Norise, C., Garcia, G., Torres, J., faseyitan, O., Hamilton, R. (2015). Individualized treatment with transcranial direct current stimulation in patients with chronic non-fluent aphasia due to stroke. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9(201). doi: 10.3389/fnhum.2015.00201.

Sheppard, S. M., & Sebastian, R. (2021). Diagnosing and managing post-stroke aphasia. *Expert review of neurotherapeutics*, 21(2), 221-234. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1855976>.

Silva, E., Figueiredo, J, Dutra, P., Maia, S., De Prado, R, Borrajo, A., Sales, D. & Fialho, A. (2020). Teoria do autocuidado de Orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem à mulher mastectomizada/Theory of support as orem self care for nursing clinical care women mastectomized. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 39740-39750. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-496>.

Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O & Bettencourt, M. (2019). Contributos do Referencial Teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26(2), 35-44. [https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131\\_Contributos\\_do\\_referencial\\_teorico\\_de\\_Afaf\\_Meleis\\_para\\_a\\_Enfermagem\\_de\\_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-doreferencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Rebelo-9/publication/337313131_Contributos_do_referencial_teorico_de_Afaf_Meleis_para_a_Enfermagem_de_Reabilitacao/links/5dd11c724585156b35198614/Contributos-doreferencial-teorico-de-Afaf-Meleis-para-a-Enfermagem-de-Reabilitacao.pdf).

Simmons-Mackie, N.; Worrall, L., Murray, L., Enderby, P., Rose, M., Paek, E., & Klippion, A.

(2016). Behalf of the Aphasia United. Best Practices Working Group and Advisory Committee. The top ten: best practice recommendations for aphasia, *Aphasiology*, 31(1), 21-31. DOI: 10.1080/02687038.2016.1180662.

Simmons-Mackie, N., Saldert, C., Jensen, L. & Johansson, M. (2018). Complexity in measuring outcomes after communication partner training: alignment between goals of intervention and methods of evaluation. *Aphasiology*, 32(10), 1167-1193. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1470317>.

Smith, W., Johnston, S., Hemphill, J. (2018). Cerebral vascular diseases. In Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D. & Loscalzo, J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th ed. (Cap. 446). McGraw Hill Education. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2129sectionid=192531947>.

Smyth, C., Broderick, P., Lynch, P., Clark, H. & Monaghan, K. (2023). To assess the effects of cross-education on strength and motor function in post stroke rehabilitation: a systematic literature review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 119(1), 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2023.02.001>.

Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2016). O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC): Guia Prático para a população. Editora RaioX. [http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/articles/GUIA%20AVC%20POPULACAO\\_final.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/articles/GUIA%20AVC%20POPULACAO_final.pdf).

Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala. (2020). Dicionário Terminológico de Terapia da Fala. 1ª edição. vol. 1. Lisboa: Papa Letras Editora.

Sousa, L. & Carvalho, L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. (1st ed., pp.421-431). Lusodidacta.

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*, 3(1), 64-69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>.

Sousa, M., Ganança, C. & Sena, E. (2013). Efeito da reabilitação vestibular em paciente pós traumatismo cranioencefálico (TCE): relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 12(4), 547-553. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v12i4.9214>.

Souza, R. & Arcuri, E. (2014). Estratégias de Comunicação da equipa de enfermagem na afasia após acidente vascular encefálico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 48(2), 292-298. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FGBtP5GS79ZV7zgQLmHKXyc/?lang=pt&format=pdf>.

Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F., Lucchese, G., Pulvermüller, F. (2022). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 89(6), 586-592. doi: 10.1136/jnnp-2017-315962.

Stefanelli, M. & Carvalho, E. (2004). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Editora Manole. ISBN 9788520421963.

Stroke Foundation. (2023). Clinical guidelines for Stroke Management – Chapter 4 of 8: Secondary prevention. <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>.

Sullivan, M., Galligan, D. & Pendlebury, S. (2023). Cognitive Recovery After Stroke: Memory. *Stroke*, 54(1), 44-54. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.041497>.

Swansen, T., Wright, M. & Murthi, A. (2023). Postoperative Rehabilitation Following Rotator Cuff Repair. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 34(2), 357-364. doi: 10.1016/j.pmr.2022.12.003.

Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., Silva, M., Matos, A., Nogueira, A., Silva, F., Sargento-Freitas, J., Cordeiro, G., Cunha, L. & Santana, I. (2018). Aphasia Rapid Test: Estudos de Tradução, Adaptação e Validação para a População Portuguesa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos* 31(5): 265-271. <https://doi.org/10.20344/amp.9090>.

Takezawa, K., Townsend, G. & Ghabriel, M. (2018). The facial nerve: anatomy and associated disorders for oral health professionals. *Odontology*, 106(2), 103-16. doi: 10.1007/s10266-017-0330-5.

Teassel, R., & Hussein, N. (2018). Clinical Consequences of Stroke. Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation, 1-34. <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH2-NET.pdf>.

Teasell, R. & Hussein, N. (2020). *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*. Disponível em: <http://www.ebrsr.com>.

Térémetz, M., Hamdoun, S., Colle, F., Gerardin, E., Desvilles, C., Carment, L., Charron, S., Cuenca, M., Calvet, D., Baron, J., Turc, G., Maier, M. A., Rosso, C., Mas, J. & Lindberg, P. (2023). Efficacy of interactive manual dexterity training after stroke: a pilot singleblinded randomized controlled trial. *Journal of NeuroEngineering & Rehabilitation*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12984-023-01213-9>.

Thiel, A., Hartmann, A., Rubi-Fessen, I., Anglade, C., Kracht, L., Weiduschat, N., Kessler, J., Rommel, T., Heiss, W. (2013). Effects of noninvasive brain stimulation on language networks and recovery in early post-stroke aphasia. *Stroke*, 44(8):2240-2246. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.000574.

Thompson, G., McArthur, J. & Doupe, M. (2016). Identifying Markers of Dignity Conserving Care in Long-Term Care: A Modified Delphi Study. *PLoS ONE*, 11(6), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156816>.

Tomey, M & Alligood, R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. 5ª Edição. Loures:

Lusociência.

Trygged, S., Ahacic, K., & Kåreholt, I. (2011). Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health*, *11*(1), 742. doi:10.1186/1471-2458-11-742.

Turville, M., Cahill, L., Matyas, T., Blennerhassett, J., & Carey, L. (2019). The effectiveness of somatosensory retraining for improving sensory function in the arm following stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, *33*(5), 834-846. <https://doi.org/10.1177/0269215519829795>.

Vaughn, S., Rye, J., Allen, A., Bok, A., Mauk, K., Park, L., Pierce, L., & Wintersgill Holler, W. (2022). Inside Looking Out. *Rehabilitation Nursing*, Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000397>.

Vaughn, S., Rye, J., Allen, A., Bok, A., Mauk, K., Park, L., Pierce, L., & Wintersgill Holler, W., (2022). Updated competency model for professional rehabilitation nursing: Practice applications. *Rehabilitation Nursing*, *47*(1), 12-23. doi: 10.1097/RNJ.0000000000000350.

Visser-Meily, A., Post, M., Van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Wärleby, G. & Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years post-stroke: course and relation with coping strategies. *Stroke*, *40*(4):1399-1404. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.516682.

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. *Journal Neurology*, *266*(1), 46-56. doi: 10.1007/s00415-018-9099-x.

Walker-Batson, D., Mehta, J., Smith, P. & Johnson, M. (2016). Amphetamine and other pharmacological agents in human and animal studies of recovery from stroke. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*, *4*(64), 225-230. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.04.002.

Wafa, H., Wolfe, C., Emmett, E., Roth, G., Johnson, C., & Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe. *Stroke*, *51*(8), 2418-2427. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32646325>.

Wijeratne, T., Sales, C., Wijeratne, C., Karimi, L., & Jakovljevic, M. (2022). Systematic Review of Existing Stroke Guidelines: Case for a Change. *BioMed Research International*, *22*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1155/2022/5514793>.

Wilmskoetter J, Marebwa B, Basilakos A, Fridriksson J, Rorden C, Stark B., Stark, B., Johnson, L., Hickok, G., Hillis, A. & Bonilha, L. (2019). Long-range fibre damage in small vessel brain disease affects aphasia severity. *Brain*, *142*(10), 3190-3201. doi: 10.1093/brain/awz251.

Wilson, S. & Schneck, S. (2021). Neuroplasticity in post-stroke aphasia: A systematic review and meta-analysis of functional imaging studies of reorganization of language processing.

- Neurobiology of Language (Cambridge, Mass.)*, 2(1), 22-82. [https://doi.org/10.1162/nol\\_a\\_00025](https://doi.org/10.1162/nol_a_00025).
- Winstein, C., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L., Cramer, S., Deruyter, F., Eng, J., Fisher, B., Harvey, R., Lang, C., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K., Pugh, S., Reeves, M., Richards, L., Stiers, W. & Zorowitz, R. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), 98-169. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>.
- Wise, R., Scott, S., Blank, S., Mummery, C., Murphy, K., Warburton, E. (2001). Separate neural subsystems within Wernicke's área. *Brain*, 124(1):83-95. doi: 10.1093/brain/124.1.83. PMID: 11133789.
- World Health Organization [WHO] (2021). Classification of self-care interventions for health: A shared language to describe the uses of self-care interventions. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345921>.
- World Health Organization [WHO] (2021). Guideline on self-care intervention for Health and well-being. World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2022). WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being: 2022 revision. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>.
- Xiang, H., Fonteijn, H., Norris, D., Hagoort, P. (2009). Topographical functional connectivity pattern in the perisylvian language networks. *Cerebral cortex*, 20(3), 549-560. doi: 10.1093/cercor/bhp119.
- Yilmazer, C., Boccuni, L., Thijs, L. e Verheyden, G. (2019). Eficácia das intervenções somatossensoriais nos resultados somatossensoriais, motores e funcionais no membro superior pós-AVC: uma revisão sistemática e meta-análise. *NeuroReabilitação*, 44(4), 459-477. <https://doi.org/10.3233/NRE-192687>.
- Yourganov, G., Smith, K., Fridriksson, J. & Rorden, C. (2015). Predicting afasia type from brain damage measured with structural MRI. *Cortex: a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 73(1), 203-2015. doi: 10.1016/j.cortex.2015.09.005.
- Zhai, M., Huang, Y., Zhou, S., Jin, Y., Feng, J., Pei, C., Wen, L. & Wen's, L. (2023). Effects of agerelated changes in trunk and lower limb range of motion on gait. *BMC Musculosket Disord* 24(1). 234. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36978129/>.
- Zhang, H., Yue, K., Jiang, Z., Wu, X., Li, X., Luo, P., & Jiang, X. (2023). Incidence of StressInduced Hyperglycemia in Acute Ischemic Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sciences*, 13(4), 2076-3425. doi: 10.3390/brainsci13040556.
- Zhao, M., Wang, G., Wang, A., Chen, L. & Lau, Y. (2022). Robot-assisted distal training improves

upper limb dexterity and function after stroke: A systematic review and meta-regression. *Neurological Sciences*, 43(3), 1641-1657. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-05913-3>.

## **7. ANEXOS**



**Anexo I**



# COMUNICAÇÃO VERBAL EXPRESSIVA



Exercícios de Reabilitação – PARTE I

## Exercícios de NOMEAÇÃO

Olhe para as seguintes imagens. O que são?









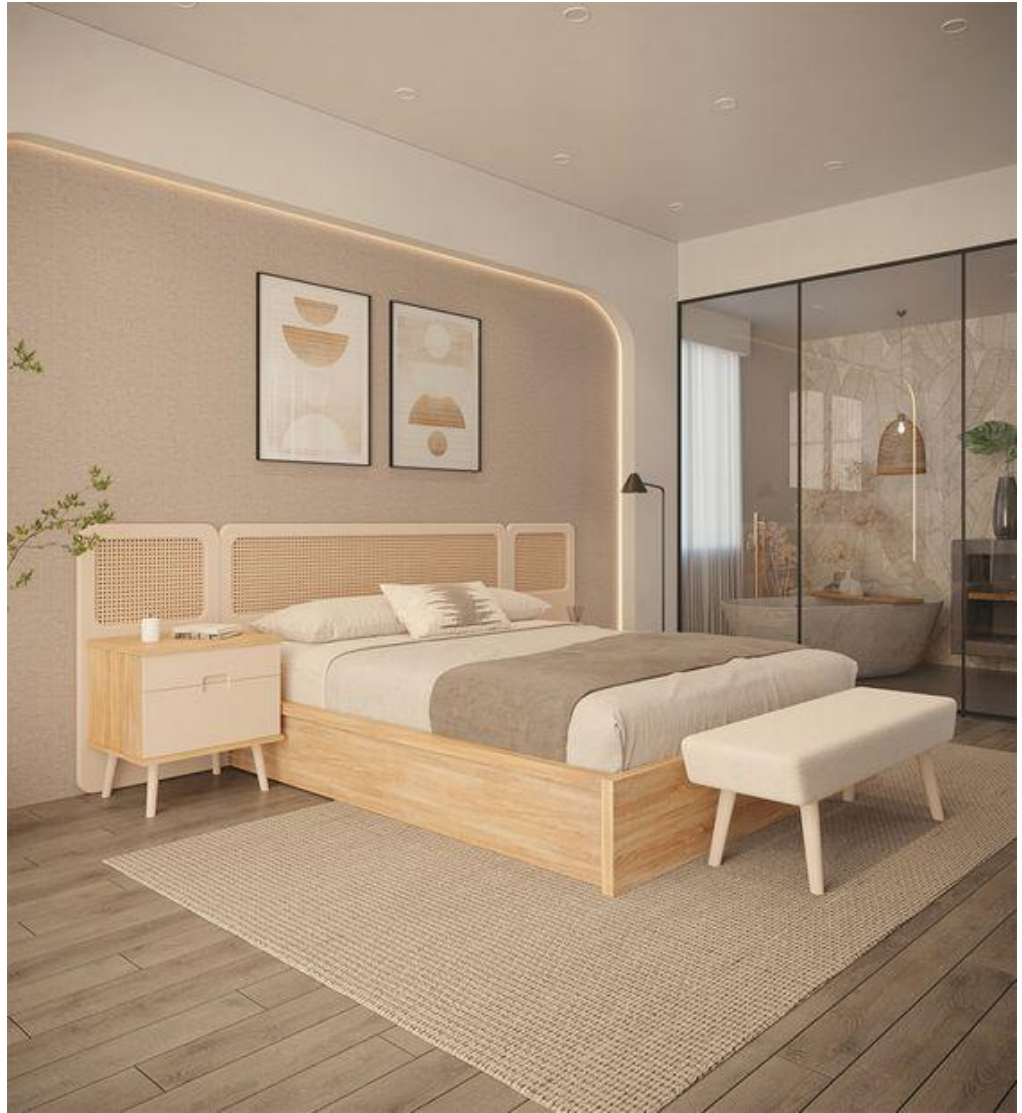




## Exercícios de FLUÊNCIA

Olhe para as seguintes imagens. O que vê, em cada uma delas?

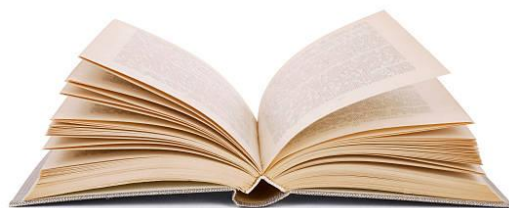






## Exercícios de FLUÊNCIA

Olhe para as seguintes imagens. Construa uma frase, nomeando cada imagem que vê.







## Exercícios de REPETIÇÃO

Repita as seguintes palavras.

SUBSTANTIVOS	VERBOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Lâmpada</b></li><li>• <b>Bicicleta</b></li><li>• <b>Garfo</b></li><li>• <b>Moinho</b></li><li>• <b>Escada</b></li><li>• <b>Peúga</b></li><li>• <b>Chapéu de chuva</b></li><li>• <b>Banana</b></li><li>• <b>Colher</b></li><li>• <b>Ferro de engomar</b></li><li>• <b>Borboleta</b></li><li>• <b>Copo</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Abrir</b></li><li>• <b>Apanhar</b></li><li>• <b>Barbear</b></li><li>• <b>Pentear</b></li><li>• <b>Brincar</b></li><li>• <b>Escrever</b></li><li>• <b>Estudar</b></li><li>• <b>Andar</b></li><li>• <b>Coser</b></li><li>• <b>Saltar</b></li><li>• <b>Dançar</b></li><li>• <b>Cravar</b></li></ul>

## Exercícios de ESCRITA

Olhe para o ambiente à sua volta. Escreva o nome de 12 objetos que observa.

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

## Exercícios - ESCRITA

Olhe para as seguintes imagens. Escreva o nome de cada imagem que observa.



Leia as seguintes palavras, em voz alta.

**Ervilha**

**Casaco**

**Escova de dentes**

**Cama**

**Lâmpada**

**Cadeira**

**Maça**

**Fósforo**

**Fogão**

**Garfo**

**Lençol**

**Frio**

**Tapete**

Leia as seguintes frases, em voz alta.

**A cesta está cheia de alimentos frescos.**

**Hoje, almoçamos todos juntos.**

**O José é amigo do teu irmão.**

**A casa de banho do quarto dos meus pais  
tem cor azul e branco.**

**O telemóvel do Cesário tem o volume alto.**

**A senhora que vive na casa amarela, vai  
apanhar o autocarro para ir às compras.**

## **Anexo II**



# COMUNICAÇÃO VERBAL EXPRESSIVA



Exercícios de Reabilitação – PARTE II

## Exercícios - NOMEAÇÃO

Olhe para as seguintes imagens. O que são?













## Exercícios - FLUÊNCIA

Olhe para as seguintes imagens. O que vê, em cada uma delas?



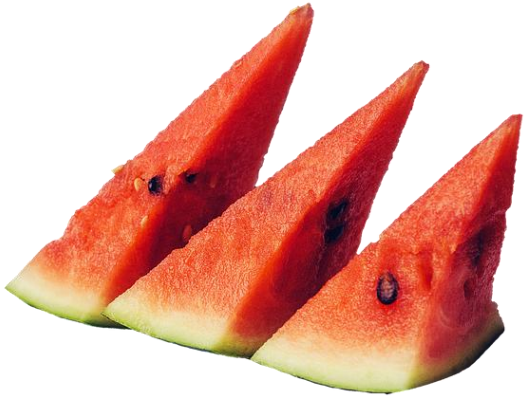


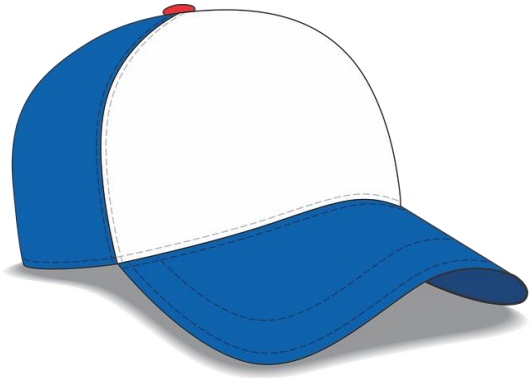


## Exercícios - FLUÊNCIA

Olhe para as seguintes imagens. Construa uma frase, nomeando cada imagem que vê.







## Exercícios - REPETIÇÃO

Repita as seguintes palavras.

SUBSTANTIVOS	VERBOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mola</li><li>• Alicate</li><li>• Uvas</li><li>• Galinha</li><li>• Livro</li><li>• Cinto</li><li>• Gato</li><li>• Autocarro</li><li>• Caneta</li><li>• Sofá</li><li>• Carro</li><li>• Sino</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Partir</li><li>• Desenhar</li><li>• Lavar</li><li>• Cantar</li><li>• Pagar</li><li>• Comprar</li><li>• Aspirar</li><li>• Nadar</li><li>• Repartir</li><li>• Estudar</li><li>• Corrigir</li><li>• Agarrar</li></ul>

## Exercícios - ESCRITA

Olhe para o ambiente à sua volta. Escreva o nome de 12 objetos que observa.

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

## Exercícios - ESCRITA

Olhe para as seguintes imagens. Escreva o nome de cada imagem que observa.



## Exercícios - LEITURA

Leia as seguintes palavras, em voz alta.

**Dor**

**Comprimido**

**Toalha**

**Panela**

**Colher**

**Armário**

**Prato**

**Banheira**

**Escova**

**Sapato**

**Telefone**

**Calor**

## Exercícios - LEITURA

Leia as seguintes frases, em voz alta.

**O João está a jantar na cozinha com os seus primos.**

**O carro está todo sujo de lama nas rodas.**

**A Carolina está a dormir no quarto dos pais.**

**A laranjeira está carregada de fruto.**

**O protetor solar deve ser usado quando a Carolina vai apanhar sol à praia.**

**A casa de banho da casa ao lado tem uma banheira redonda.**





## **Anexo III**



# COMUNICAÇÃO VERBAL EXPRESSIVA



Exercícios de Reabilitação – PARTE III

## Exercícios - NOMEAÇÃO

Olhe para as seguintes imagens. O que são?













## Exercícios - FLUÊNCIA

Olhe para as seguintes imagens. O que vê, em cada uma delas?



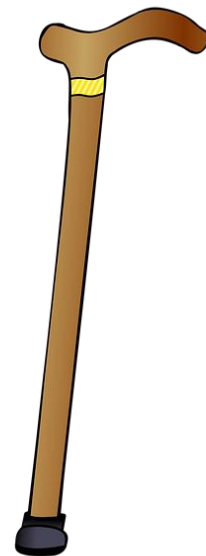




## Exercícios - FLUÊNCIA

Olhe para as seguintes imagens. Construa uma frase, nomeando cada imagem que vê.







## Exercícios - REPETIÇÃO

Repita as seguintes palavras.

SUBSTANTIVOS	VERBOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Garrafa</li><li>• Peixe</li><li>• Faca</li><li>• Cão</li><li>• Chave</li><li>• Caracol</li><li>• Óculos</li><li>• Cadeira</li><li>• Torradeira</li><li>• Torneira</li><li>• Copo</li><li>• Vaso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Partir</li><li>• Desenhar</li><li>• Lavar</li><li>• Cantar</li><li>• Pagar</li><li>• Comprar</li><li>• Aspirar</li><li>• Nadar</li><li>• Repartir</li><li>• Escrever</li><li>• Digitar</li><li>• Sair</li></ul>

## Exercícios - ESCRITA

Olhe para o ambiente à sua volta. Escreva o nome de 12 objetos que observa.

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

## Exercícios - ESCRITA

Olhe para as seguintes imagens. Escreva o nome de cada imagem que observa.



Leia as seguintes palavras, em voz alta.

**Cama**

**Fogão**

**Bidé**

**Garfo**

**Frigorífico**

**Chão**

**Colchão**

**Pente**

**Telemóvel**

**Banca**

**Mola**

**Roupa**

Leia as seguintes frases, em voz alta.

**A senhora que vive na casa amarela, vai apanhar o autocarro para ir às compras.**

**O António está a cozinhar para o almoço.**

**A casa de banho do quarto dos meus pais tem cor azul e branco.**

**Para comer, o António usa os talheres que a avó lhe ofereceu no aniversário.**

**O frigorífico conserva os alimentos frescos, mas a porta deve estar bem fechada.**

**Os alunos daquela escola estão a brincar no recreio.**