

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Precoce à Pessoa com AVC Agudo

Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the Early Rehabilitation of the Person with Acute Stroke

Autor

David Fernando Silva Cunha

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista de
Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação
Precoce à Pessoa com AVC Agudo

Intervention of the Specialist Nurse in
Rehabilitation Nursing in the Early
Rehabilitation of the Person with Acute Stroke

Orientador(es)

João Miguel Almeida Ventura da Silva

Autor

David Fernando Silva Cunha

Oliveira de Azeméis, 2025

RESUMO

Introdução: A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na fase aguda do Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem-se revelado fundamental, reforçando a importância de uma intervenção precoce. O aprofundamento do conhecimento científico e o desenvolvimento de um juízo clínico rigoroso permitem evidenciar a importância da intervenção do EEER neste contexto, integrando uma avaliação inicial detalhada, a aplicação de instrumentos de avaliação validados e a implementação de intervenções fundamentadas na melhor evidência científica disponível. Neste sentido, surge o presente relatório, no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, intitulado de: “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Precoce à Pessoa com AVC agudo”. Este relatório tem como objetivo evidenciar o trabalho desenvolvido nos diferentes contextos clínicos, documentando o percurso de aprendizagem numa perspetiva reflexiva e destacando a consolidação de uma consciência profissional sustentada nas competências comuns e específicas do EEER.

Metodologia: Para responder aos objetivos delineados, recorreu-se à exploração de conceitos fundamentais da Enfermagem de Reabilitação (ER), alicerçados em modelos teóricos, nomeadamente a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis, bem como na análise crítico-reflexiva da prática clínica, fundamentada na evidência científica e na reflexão sobre os resultados obtidos. Relativamente à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em quatro partes principais: a descrição dos contextos clínicos; a apresentação de dois casos clínicos, em consonância com o Modelo CARE, desenvolvidos através da plataforma E4Nursing, que aprofundam a temática da enfermagem de reabilitação ao cliente com AVC; o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER; e uma síntese conclusiva.

Resultados: Globalmente, considera-se que, atendendo à finalidade do estágio, tanto os contextos clínicos como os estudos de caso analisados possibilitaram a aquisição e o aprofundamento das competências fundamentais no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, com especial enfoque no cliente em fase aguda do AVC.

Conclusão: Este percurso constituiu um marco significativo no desenvolvimento académico e profissional, possibilitando a aquisição de um conjunto de competências fundamentais que, no futuro, serão determinantes para a prática clínica especializada. No contexto da ER no AVC, estas competências traduzem-se na capacidade de prestar cuidados diferenciados e baseados na melhor evidência, contribuindo para a maximização da funcionalidade e qualidade de vida dos clientes afetadas por esta condição.

Palavras-Chave: Enfermagem de Reabilitação, Competências, Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Introduction: The intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the acute phase of stroke has proven to be essential, reinforcing the importance of early intervention. The deepening of scientific knowledge and the development of rigorous clinical judgment highlight the importance of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in this context, integrating a detailed initial assessment, the application of validated assessment tools, and the implementation of interventions based on the best available scientific evidence. In this regard, the present report was developed within the scope of the Curricular Unit Professional Internship with Final Report, entitled “The Intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing in the Early Rehabilitation of the Person with Acute Stroke.” This report aims to highlight the work carried out in different clinical settings, documenting the learning process from a reflective perspective and emphasising the consolidation of professional awareness, supported by the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

Methodology: To achieve the defined objectives, fundamental concepts of Rehabilitation Nursing were explored, underpinned by theoretical models, namely Orem’s Self-Care Theory and Meleis’s Transitions Theory, as well as a critical-reflective analysis of clinical practice, grounded in scientific evidence and reflection on the results obtained. Regarding the structure of the report, it is divided into four main sections: the description of the clinical settings; the presentation of two clinical cases, in alignment with the CARE methodology, developed through E4Nursing, which further explore the theme of rehabilitation nursing in stroke patients; the development of both common and specific competencies of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing; and a concluding synthesis.

Results: Overall, considering the purpose of the internship, both the clinical settings and the analysed case studies facilitated the acquisition and enhancement of essential competencies in Rehabilitation Nursing, with a particular focus on patients in the acute phase of stroke.

Conclusion: This journey has represented a significant milestone in academic and professional development, enabling the acquisition of a set of fundamental competencies that will be crucial for future specialised clinical practice. In the context of Rehabilitation Nursing in stroke, these competencies translate into the ability to provide specialised, evidence-based care, contributing to the maximisation of functionality and quality of life for patients affected by this condition.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Competencies, Rehabilitation, Stroke.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACI- Artéria Carotídea Interna

ADM - Amplitude de Movimento

AIT - Acidente Isquémico Transitório

ART - Aphasia Rapid Test

ATM - Articulação temporomandibular

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BBS - Berg Balance Scale

BO - Bloco Operatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DALYs - Disability-Adjusted Life Years

DGS - Direção Geral de Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG - Escala de Coma de Glasgow

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESO - European Stroke Organisation

GBD - Global Burden of Disease

GUSS - Gugging Swallowing Screen

HIC - Hemorragia Intracerebral

HSA - Hemorragia Subaracnóidea

ICNP - International Council of Nurses Practice

LDL - Low-Density Lipoprotein

MER - Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

MRC- Medical Research Council

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NIHSS - National Institutes of Health Stroke Scale

PPC -Pressão de Perfusão Cerebral

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SpO2 - Saturação periférica de oxigénio;

TAC - Tomografia Axial Computadorizada;

TC-CE - Tomografia axial computadorizada - Cranioencefálica;

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

ULS - Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	40
3.3. Medicação	41
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	41
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	42
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	43
3.5. Domínios	44
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	45
3.6. Conceção de Cuidados	72
3.7. Especificação das intervenções	96
3.8. Síntese relativa ao caso	103
4. CASO 2	107
4.1. Enquadramento teórico	107
4.2. Clientes	114
4.3. Medicação	114
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	114
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	116
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	116
4.5. Domínios	116
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	117
4.6. Conceção de Cuidados	128
4.7. Especificação das intervenções	154
4.8. Síntese relativa ao caso	158
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	161
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	179
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	183
ANEXOS	201

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Manifestações clínicas do AVC por localização encefálica

Tabela 2 - Funcionalidades Comprometidas no AVC por domínios

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A enfermagem, inicialmente vista apenas como uma profissão, evoluiu ao longo dos séculos para se afirmar como uma ciência autónoma e interdisciplinar, sustentada por conhecimento teórico, investigação e evidência científica. De acordo com Regulamento n.º 190/2015, o exercício profissional assenta num conjunto de competências gerais e específicas, que garantem uma atuação segura, eficaz e centrada no cliente. No âmbito da Enfermagem de Reabilitação, enquanto área de especialidade, e de acordo com o Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, a intervenção é direcionada para a maximização da funcionalidade, a promoção da autonomia e a reintegração social da pessoa com limitações resultantes de diversas patologias. Nesta sequência, ainda à luz do mesmo regulamento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) elabora, implementa e monitoriza planos de enfermagem personalizados, focando-se nos problemas reais e potenciais dos clientes. O EEER é detentor de um alto nível de conhecimento e experiência, que o capacita a tomar decisões que promovem a saúde, previnem complicações e facilitam o tratamento e a reabilitação, otimizando assim o potencial de cada cliente.

O presente constructo insere-se assim no percurso formativo, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, refletindo a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo dos estágios. Este documento constitui não apenas um requisito académico, mas também uma oportunidade de reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências gerais e específicas essenciais à prática especializada da Enfermagem de Reabilitação (ER). Deste modo, objetiva-se documentar e refletir as atividades realizadas, as competências adquiridas e os desafios enfrentados durante a prática clínica, com especial enfoque na intervenção precoce no Acidente Vascular Cerebral (AVC). Pretende-se, assim, contribuir para a valorização da prática da ER, promovendo a melhoria contínua no cuidado prestado a clientes com défices neurológicos decorrentes de AVC, e reforçar o impacto positivo do EEER no processo de recuperação e qualidade de vida dos clientes. Face ao exposto, o presente relatório intitula-se de “Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Precoce à Pessoa com AVC Agudo”, e visa contemplar aquele que é o processo de tomada de decisão especializado em ER. Nesta sequência, e tendo por base a problemática anteriormente sinalizada, definiu-se o seguinte objetivo geral: “Desenvolver competências específicas na área da Reabilitação Neurológica ao cliente em fase aguda de AVC”.

No entanto, para nortear o trabalho do EEER, é imprescindível a utilização de referenciais teóricos que orientem a prática clínica e proporcionem uma abordagem mais estruturada e

centrada no cliente. Neste sentido, a contemplação da Teoria do Autocuidado, proposta por Dorothea Orem, assume um papel crucial, bem como a Teoria das Transições de Meleis revela-se fundamental para orientar a prática do ER, particularmente no que diz respeito às mudanças significativas que o cliente atravessa durante o processo de reabilitação. Teve-se, ainda em linha de consideração a melhor evidência disponível como a *American Stroke Association (ASA)*, destacando-se a *Nacional Clinical Guideline for Stroke; National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – Stroke Rehabilitation Guidelines*; Direção-Geral da Saúde (DGS) – Portugal, com as Normas de orientação clínica sobre AVC.

Neste sentido, o AVC representa um dos principais desafios de saúde pública a nível global, constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade. Efetivamente, em Portugal, as doenças cerebrovasculares (AVC) estiveram na origem do maior número de mortes em 2022, com 9 616 óbitos de residentes por AVC, que representaram 7,7% do total de óbitos de residentes. A taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 92,1 mortes de residentes por 100 mil habitantes, mais baixa do que em 2021 (92,2) (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Em consonância, estudos apontam para uma tendência decrescente na taxa de mortalidade associada ao AVC, o que pode ser atribuído a avanços nos métodos de diagnóstico precoce e tratamento, bem como a um maior investimento na prevenção primária e secundária da doença (Powers et al., 2019). O impacto socioeconómico do AVC é significativo, sendo um dos principais responsáveis por incapacidades prolongadas e dependência funcional. A reabilitação precoce desempenha um papel central na redução das complicações associadas e na promoção da reintegração do cliente na sociedade (Powers et al, 2019). Neste contexto, a reabilitação neurológica, numa perspetiva geral, urge com o objetivo de potenciar a independência funcional do indivíduo em todos os contextos em que este se encontre inserido, devendo, por conseguinte, ser iniciada o mais precocemente possível. O EEER desempenha um papel fundamental na avaliação dos défices, na identificação de diagnósticos de enfermagem e na implementação de intervenções que favoreçam uma preparação adequada para o regresso ao domicílio. Este assume um papel fundamental na referenciação para a comunidade ou outra instituição que garanta a continuidade de cuidados de reabilitação, a readaptação funcional e, por conseguinte, a potencialização da sua independência (Araújo et al, 2021).

Face ao paradigma anteriormente explanado, para se alcançar os objetivos propostos, a estrutura deste documento estará organizada em quatro capítulos fundamentais. O primeiro corresponde à presente introdução, contextualizando o percurso formativo. O segundo apresentará uma descrição detalhada do contributo dos diferentes contextos de estágio para o desenvolvimento de competências comuns e especializadas em ER. O terceiro capítulo abordará dois estudos de caso, com dados ficcionados, sustentados pela Ontologia em Enfermagem, desenvolvidos na plataforma e4Nursing, precedidos por uma breve revisão do estado da arte, fundamentada na melhor e mais atual evidência científica disponível. Esta abordagem estruturada para a apresentação de casos clínicos, possibilitando a sistematização e

consolidação do conhecimento em contextos de prática clínica, assenta no modelo CARE utilizado no presente trabalho. Por fim, o quarto capítulo refletirá o percurso de aquisição de competências comuns e específicas em ER. Estas competências foram desenvolvidas e aprimoradas ao longo dos estágios realizados, bem como pelos conhecimentos técnico científicos adquiridos durante o percurso de aprendizagem inerente ao Mestrado de Enfermagem em Reabilitação (MER).

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

Este relatório constitui um instrumento de análise reflexiva e descritiva da prática de ER, desenvolvido em contextos clínicos de aprendizagem. Tem como principal objeto de estudo a Pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, privilegiando a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, bem como a recuperação da funcionalidade, sempre que possível. Para tal, enfatiza-se a promoção do autocuidado, a prevenção de complicações e a maximização das capacidades, em conformidade com o disposto no Regulamento n.º 392/2019.

Face ao exposto, ao longo deste capítulo serão descritos os diferentes contextos da prática clínica inerentes à Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório - decorrido entre 19 Setembro de 2024 a 17 de Fevereiro de 2025, perfazendo um total de 430 horas de contacto clínico. Doravante, proceder-se-á a uma breve caracterização dos contextos clínicos, visando-se descrever o ambiente da prática clínica, nomeadamente no que respeita aos recursos humanos, recursos materiais, método de organização de trabalho, bem como projetos em desenvolvimento ou reestruturação.

Prática em Processo Cardíaco

No que concerne à prática clínica no processo cardíaco, o mesmo foi realizado, no período de 1 de outubro a 28 de outubro, num serviço de cirurgia cardiotorácica, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) de Portugal, especializado no tratamento de patologias cardiovasculares e torácicas. Este encontra-se dividido em três serviços, distribuídos em dois pisos, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos/intermédios (20 camas) e internamento (32 camas). O serviço, em questão, detém uma equipa de enfermagem composta por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em diferentes áreas de especialização, distribuída por três grupos. Um desses grupos integra a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e da Unidade de Cuidados Intermédios, enquanto os outros grupos estão alocados ao internamento e ao Bloco Operatório (BO). Ressalta-se que a equipa é liderada por uma enfermeira gestora, que conta com o apoio de quatro enfermeiros responsáveis pela gestão da equipa de enfermagem e pelas necessidades operacionais do serviço. A equipa contempla, ainda, médicos especialistas em cirurgia cardíaca e torácica, médicos internos, assistentes operacionais, assistentes técnicos e um assistente social, além de contar com o apoio externo de técnicos de diagnóstico e terapêutica.

O serviço admite predominantemente clientes adultos com condições cardíacas que requerem intervenção cirúrgica. As patologias diagnosticadas aos clientes estão maioritariamente

relacionadas com doença coronária, doença valvular, doença cardíaca congénita e doença pulmonar. Na generalidade, as cirurgias são programadas, mas a admissão de clientes, decorrente de situações de urgência, é uma realidade frequente.

O percurso do cliente no serviço em questão, desde o momento da admissão até à alta, contempla uma série de etapas essenciais, particularmente no caso da cirurgia cardíaca e/ou torácica. O cliente é inicialmente admitido no internamento. Posteriormente, é encaminhado para o BO, onde se realiza a cirurgia. Após a cirurgia, o cliente é transferido para a UCI, onde permanece, em média, entre 24 a 48 horas, período em que as funções vitais são monitorizadas pela equipa de profissionais de saúde e são despistadas e prevenidas as principais complicações cirúrgicas. O processo de recuperação até à data da alta hospitalar ocorre posteriormente na unidade de cuidados intermédios e no serviço de internamento. A unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar que colabora, de forma integrada, para assegurar a reabilitação destes clientes. Portanto, integra dois EEER que garantem os cuidados de enfermagem de reabilitação 12h por dia nos dias úteis da semana. Além destes recursos, o serviço conta ainda com seis EEER, que desempenham funções tanto no apoio à gestão do serviço, como na prestação de cuidados gerais. Adicionalmente, dispõe de três fisioterapeutas, que trabalham em estreita colaboração com os EEER.

Para um melhor entendimento vale a pena ressaltar que o presente serviço apresenta características particulares na gestão dos cuidados, uma vez que está organizado em dois pisos distintos, um destinado à UCI e Unidade de Cuidados Intermédios, e outro piso ao serviço de internamento. Atendendo a este facto, o EEER não intervém nas três valências no mesmo turno, sendo feita uma rotação com a equipa de fisioterapeutas. Face ao exposto, durante um período tempo definido, os EEER intervêm na unidade de cuidados intensivos/intermédios e os fisioterapeutas no internamento, permutando posteriormente. Ainda que seja perceptível a importância que o envolvimento multidisciplinar tem na recuperação pós cirúrgica do cliente, é possível refletir sobre a carga de trabalho experienciada pelo EEER e sobre a necessidade de priorizar cuidados de ER, atendendo à lotação de 20 camas de UCI e Unidade de Cuidados Intermédios, o que implica um EEER para 20 clientes, e no internamento 32 camas, o que implica um EEER para 32 clientes. À luz do Regulamento nº 743/2019, que estabelece as Normas para o Cálculo de Dotações Seguras em Enfermagem, considera-se a alocação, por serviço de internamento, pelo menos dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por cada 15 clientes por forma a garantir a prestação diária de cuidados especializados de 12 horas, em todos os dias da semana. Ainda de acordo com o mesmo regulamento, as unidades de cuidados intensivos de nível I e II, a equipa deve integrar adicionalmente EEER, por forma a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 clientes, em todos os dias da semana. Na verdade, os serviços anteriormente mencionados nem sempre apresentam uma taxa de ocupação plena, acrescentando-se ainda que, em alguns casos, nem todos os clientes apresentam critérios de

segurança necessários para a integração de programas de reabilitação. Esta realidade permite um número ajustado de EEER, facilitando a gestão da carga de trabalho dos mesmos, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

No que respeita ao processo de reabilitação cardíaca, designada Fase I, acontecia imediatamente após a cirurgia cardíaca. Em contexto de UCI o foco primordial assentava em garantir a estabilidade clínica e a monitorização hemodinâmica do cliente, implicando uma avaliação contínua e sistemática do estado clínico e funcional do cliente, pelo que as avaliações iniciais nesta fase evidenciaram-se particularmente relevantes, pois visavam determinar e identificar sinais de complicações imediatas, além de possibilitarem a elaboração de um plano de reabilitação adaptado às condições do cliente. A avaliação da dor, evidenciou-se amplamente relevante, pois uma gestão adequada da dor constituía-se essencial para permitir que o cliente participasse nas atividades de mobilização precoce, prevenindo complicações associadas ao desconforto, nomeadamente na limpeza das vias aéreas.

Posto isto, a implementação de estratégias de controlo da dor, eram tidas em linha de consideração, podendo contemplar a gestão medicamentosa de analgesia à educação sobre a contenção da ferida cirúrgica em situações de aumento da pressão intratorácica, como o caso da tosse. A função respiratória e sua avaliação, era efetuada através do exame físico, auscultação pulmonar e valores obtidos pelas gasometrias arteriais. Nos clientes com ventilação espontânea, atendendo à maioria das oportunidades experienciadas, priorizava-se a reeducação funcional respiratória, sendo que se não houvesse sinais evidentes de pneumotórax, e em clientes com capacidade funcional, recomendava-se o uso do espirómetro de incentivo por fluxo. A manutenção da limpeza das vias aéreas e mobilização de secreções assumia-se como um foco de atenção de extrema relevância, onde o ciclo ativo da respiração e a tosse dirigida, constituíam-se como intervenções de ER. O treino cardiorrespiratório para o cliente em UCI, após uma cirurgia cardiorrespiratória, deve ser adaptado às condições clínicas do mesmo, devendo ser progressivo e atender às limitações impostas pela condição do cliente. Assim, numa fase inicial, procedeu-se à realização da mobilização músculo-articular passiva e ativa assistida, especialmente dos membros inferiores e superiores, garantindo-se sempre que as intervenções fossem realizadas com segurança, mediante a monitorização contínua dos parâmetros vitais e ajustando a intensidade do treino conforme necessário. No Contexto da Unidade de Cuidados Intermédios, mantinha-se a reeducação funcional respiratória, o treino de exercícios respiratórios, da espirometria de incentivo, sempre que indicada, bem como o treino de força com mobilização ativa dos membros superiores a inferiores. Nesta fase, priorizava-se ainda realização do levante, e o treino de equilíbrio estático e dinâmico. Em clientes com estabilidade hemodinâmica, e com perceção de esforço, segundo aplicação da Escala de Borg, com valores inferiores ou iguais a cinco, prescrevia-se o treino aeróbio, com recurso ao cicloergómetro, por períodos curtos e interruptos de tempo, com possível progressão de tempo e volume, conforme tolerância. A monitorização da frequência cardíaca máxima, neste contexto, era igualmente

salvaguardada, acrescentando-se ainda a educação ao cliente sobre sinais de alerta e os limites de segurança.

Em contexto de internamento era dado continuidade ao plano de cuidados previamente elaborado, devidamente atualizado, cujo objetivo major assentava em aumentar a capacidade funcional do cliente. Nesta fase, contemplava-se todas as atividades de ER descritas nas fases anteriores, reforçando-se sempre a realização do treino dos exercícios respiratórios e do treino da espirometria de incentivo. O treino de força com recurso a pesos era feito, de forma mais regular, pela estabilidade apresentada pelos clientes. A introdução à marcha no corredor era igualmente realizada nesta fase, com o objetivo de avaliar a distância percorrida e o tempo despendido, garantindo sempre a segurança cliente. De salientar, o reforço constante ao cliente sobre sinais de alarme e limites de segurança.

Posto isto, no que concerne aos recursos materiais disponíveis incluem: almofadas de posicionamento em diversos tamanhos, banco de posicionamento para os pés, espirómetro de incentivo, bastão, pedaleira, cadeira de rodas, andarilho e canadianas. Este serviço não dispõe de sala de reabilitação ou ginásio, razão pela qual os cuidados eram realizados na unidade do cliente e no corredor do serviço, particularmente no que respeita ao treino do Andar. A documentação dos cuidados de ER era efetuada em documentos homologados, e na plataforma informática SClínico®, destacando-se os seguintes diagnósticos de enfermagem de reabilitação: ventilação comprometida; potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica respiratória; potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória; potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo respiratório; potencial para melhorar a capacidade para uso de dispositivo respiratório.

Prática em Processo Neurológico

Entre 4 de Novembro a 16 de Dezembro, realizou-se o estágio numa unidade AVC de uma ULS do norte do país. O serviço em questão dispõe de nove camas e recebe clientes em fase aguda de AVC, funcionando como unidade de cuidados intermédios o que lhe acrescenta, desde logo, um claro benefício, por possibilitar a realização de suporte de todos os órgãos e sistemas, com exceção da Ventilação Mecânica Invasiva e Técnica Substituição Função Renal. Mais se acrescenta, que existem duas formas para a admissão na respetiva unidade, através do Serviço de Urgência ou do encaminhamento de outras instituições por não conseguirem garantir o nível de cuidados necessário aos clientes. No que concerne ao período de permanência na respetiva unidade, constatou-se que, no caso do AVC isquémico o período de internamento na UAVC era aproximadamente de cerca de três dias, no AVC hemorrágico a recuperação era habitualmente mais lenta, podendo levar até sete dias. Após esse período de tratamento agudo, os clientes transitavam para as enfermarias de Medicina Interna ou de Neurologia.

Neste período de permanência, o EEER utilizava um método de trabalho individual, onde se privilegiava a avaliação neurológica, numa perspetiva céfalo-caudal, nomeadamente a Avaliação

do Estado de Consciência, recorrendo-se à Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação da presença da alteração da comunicação, ou seja, presença de afasia (broca, wernicke, mista, global), disartria; avaliação neurológica pelos pares cranianos; avaliação da cognição, segundo Mini Mental State-Examination, avaliação da Força Muscular, recorrendo-se à Escala Medical Research Council (MRC); avaliação do tónus muscular, mediante Escala de Ashword (espasticidade); avaliação da sensibilidade; avaliação da coordenação; avaliação do equilíbrio, segundo a *Berg Balance Scale* (BBS); avaliação da deglutição, procedendo-se ao rastreio da disfagia mediante teste indireto e avaliação direta, de acordo com escala de *Gugging Swallowing Screen* (Guss), bem como a avaliação especializada da deglutição mediante exame físico; e por fim avaliação quanto à presença de anosognosia/heminegligência. A avaliação neurológica foi conduzida de forma sistematizada e minuciosa, sendo realizada no primeiro momento da abordagem ao cliente, com o objetivo de identificar alterações indicativas de prognóstico. Assim, esta análise permitiu prever tanto a possibilidade de melhoria, refletida em ganhos funcionais, quanto o risco de agravamento da condição clínica, orientando a intervenção de enfermagem de forma precisa e fundamentada. De salientar que a avaliação neurológica de um cliente com alteração da comunicação representou um desafio clínico significativo, exigindo a adoção de estratégias alternativas que garantissem uma análise rigorosa e precisa do estado neurológico. Nessas circunstâncias, recorreu-se a métodos que minimizassem a dependência da comunicação verbal e otimizassem a captação de informações relevantes para a tomada de decisão clínica. Efetivamente, uma das abordagens fundamentais assentava na observação detalhada do comportamento do cliente, incluindo expressões faciais, movimentos oculares, e respostas motoras a estímulos. A utilização de comandos simples e gestuais, associados a estímulos táteis, também permitiram aferir a condição neurológica e a capacidade de resposta do cliente. Destaca-se que a adoção de técnicas como a validação da compreensão através de respostas sim/não com movimentos oculares ou acenos de cabeça também se constituíram como auxiliares na recolha de dados clínicos relevantes. O programa de reabilitação tinha início assim que o cliente apresentasse estabilidade clínica, onde esta era definida pela ausência de complicações hemodinâmicas significativas, expressas pelo controlo dos parâmetros vitais e pela confirmação da capacidade do cliente para iniciar estímulos terapêuticos de forma segura. Nesta sequência, quando garantida a estabilidade clínica do cliente partia-se para a implementação de um programa de reabilitação, recorrendo-se a técnicas de mobilização precoce, posicionamento terapêutico e estimulação motora e cognitiva, promovendo-se a estimulação neuromuscular e a ativação dos mecanismos de neuroplasticidade, fundamentais para a recuperação motora.

À medida que o cliente demonstrava evolução favorável, com ganhos progressivos na função motora e na capacidade de resposta aos estímulos, a intervenção expandia-se para as várias dimensões do autocuidado, onde eram treinadas competências essenciais, mediante avaliação prévia detalhada, do alimentar-se, virar-se, erguer-se, sentar-se, andar, cuidar da higiene

pessoal e arranjar-se. Em particular, no domínio do autocuidado alimentar-se, era realizada uma avaliação contínua das condições que garantissem a segurança e a eficácia deste processo. Sistemáticamente era avaliado o reflexo de deglutição, no sentido de identificar alterações no seu mecanismo, bem como a necessidade de ajustar a dieta, como a modificação da consistência dos alimentos, ou a implementação de estratégias de posicionamento durante as refeições. No âmbito da reabilitação motora, esta incluía, igualmente, o treino de equilíbrio, a coordenação de movimentos e a melhoria da motricidade fina, com o objetivo de maximizar a independência na realização de tarefas quotidianas. Importa reforçar que, apesar da curta permanência na UAVC, as etapas anteriormente descritas eram, de modo geral, integradas no processo de reabilitação. Esta abordagem permitiu acompanhar a progressão do cliente ao longo do programa de reabilitação, desde a mobilização precoce até à reabilitação global, com o objetivo de alcançar o máximo nível de funcionalidade possível.

De forma a otimizar o potencial funcional do cliente e adaptação do mesmo às diferentes atividades de autocuidado e às atividades de reeducação funcional e de treino motor, o serviço contemplava de um conjunto de recursos materiais, nomeadamente cadeirão com mesas de apoio, cadeira sanita, casa de banho adaptada, alteador de sanita, barras de apoio, andarilhos, canadianas, cicloergómetro, espelho quadriculado, espelhos de mesa, talas oro insufláveis, recursos para intervir na área da comunicação (livro de associação, nomeação, palavras cruzadas), halteres, elásticos, molas, atividades para estimular a motricidade fina, extensor elástico de dedos, bolas de estimulação sensorial, exercícios projetados para melhorar o controlo voluntário do movimento, na posição de bipedestação com exercícios de *Frenkel* (exercícios projetados para melhorar o controlo voluntário do movimento). O serviço detinha ainda de *Bladder skanner*, constituindo-se um recurso essencial na prática do EEER, desempenhando um papel determinante na avaliação da função vesical e na tomada de decisão clínica no contexto da reabilitação.

A documentação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação efetua-se no SClínico®, sendo que os diagnósticos de enfermagem registados têm por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em que os mais frequentemente documentadas pelo EEER assentam nos seguintes: Parésia; Movimento Muscular Comprometido; Risco de Anquilose; Afasia Sensorial; Afasia Motora; Disartria; Comunicação Comprometida; Deglutição Comprometida; Risco de Aspiração e Dependência (autocuidado: vestir-se, alimentar-se, transferir-se, higiene).

No que concerne aos Recursos Humanos, a equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e EEER. O serviço em questão, dispõe de seis EEER, no entanto, apenas dois destes profissionais dedicavam-se, de forma exclusiva, à prestação de cuidados de ER. Os restantes EEER assumiam, maioritariamente, a prestação de cuidados gerais, assumindo a prestação de cuidados de reabilitação de forma pontual. Os cuidados de ER são prestados no turno da manhã de segunda a domingo, e de tarde de segunda a sexta, com

um rácio de 1 EEER para 9 clientes. Efetivamente, de acordo com Regulamento n.º 743/2019, as unidades de cuidados intermédios, incluindo as unidades de AVC, têm como principais objetivos a monitorização não invasiva e a capacidade de realizar manobras de reanimação, assegurando ainda a articulação com unidades e serviços de nível superior. De acordo com o mesmo regulamento, a integração de EEER nas unidades de AVC é considerada adequada para atuar de forma complementar à equipa existente, indo além dos rácios estabelecidos. Esta medida visa garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados especializados, assegurando a sua prestação em todos os dias da semana. A orientação segue a lógica adotada para as unidades de cuidados intensivos de nível I e II, ou seja, um rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 clientes, todos os dias da semana. O rácio reflete o preconizado, sendo evidenciado pelos resultados positivos obtidos, os quais são consequência do esforço, da competência técnica do EEER e do trabalho colaborativo de toda a equipa multidisciplinar.

Mais se acrescenta que o EEER assumia o papel de responsável de turno, tendo-se constituído uma experiência de extrema relevância na medida em que, atendendo às competências gerais do EE, foi possível sistematizar a necessária responsabilização por otimizar os recursos disponíveis, fossem eles humanos e materiais, de modo a responder eficazmente às necessidades emergentes. Foi possível perceber o papel ativo do EEER na supervisão e orientação das equipas multidisciplinares, expressa na coordenação minuciosa entre a execução dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica e avaliações médicas e de enfermagem, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo, centrado na melhoria contínua dos serviços prestados. Mais se acrescenta, a implementação de estratégias sistematizadas, pelo EEER, que garantiam a continuidade segura e eficaz dos cuidados de reabilitação, desde a alta da UAVC até ao serviço de internamento.

Por fim, de salientar que atendendo ao facto de ser a ULS com uma instituição hospitalar universitária, o número de abordagens ao cliente para respetiva avaliação era feita de uma forma sistemática, pelo que frequentemente condicionava uma abordagem avaliativa e interventiva junto do cliente.

Prática em contexto de comunidade/cuidados continuados

No período de 2 de Janeiro a 10 de Fevereiro, o estágio decorreu a um contexto comunitário, nomeadamente numa Unidade de Cuidados da Comunidade, particularmente numa Equipa de Cuidados da Comunidade Integrada. Esta tem como principal objetivo oferecer cuidados contínuos e integrados a pessoas em situação de dependência funcional, seja de forma temporária ou prolongada. Este serviço está regulado pelo Decreto-Lei nº 101/2006, que estabelece as diretrizes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e é validado por uma Equipa Coordenadora Local (ECL). A ECCI destina-se a clientes com perda de autonomia, com a necessidade de cuidados de saúde que excedam os serviços oferecidos pela equipa de saúde familiar regular. Os critérios de admissão contemplam as seguintes condições:

necessidade de cuidados de saúde mais de uma vez ao dia ou cuidados que excedam uma hora e meia diários, pelo menos três vezes por semana; cuidados que ultrapassem o horário habitual da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados; cuidados complexos que exijam intervenções especializadas, como reabilitação ou cuidados paliativos; apoio e formação para os cuidadores informais.

A admissão é realizada com base nas necessidades do cliente, considerando não só as limitações físicas, mas também os aspetos sociais e psicológicos, que exigem um acompanhamento mais intenso e especializado. As ECCI têm como missão fornecer um conjunto de cuidados diversificados, visando atender às necessidades de saúde, reabilitação e apoio psicossocial dos clientes em situação de dependência. Face ao exposto, importa referir que aos cuidados desta equipa estão 15 clientes, em contexto de prestação domiciliar, onde a organização de cuidados assenta num método de trabalho em que cada Enfermeiro assume-se como Gestor de Caso, sendo-lhe atribuindo a responsabilidade de articular os cuidados de forma integrada e centrada no cliente, promovendo a eficiência e a eficácia dos serviços prestados. No que respeita à constituição da ECCI esta é composta por 4 EEER, um Enfermeiro de Cuidados Gerais, um Médico, com uma presença semanal, uma Assistente Social e uma Assistente Técnica.

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019, face à caracterização das necessidades dos clientes em ECCI, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção e de natureza paliativa, a equipa deve integrar EEER que correspondam a 60% da dotação aferida, o que efetivamente é possível de se constatar. Mais se acrescenta que para uma adequada dotação de enfermeiros na UCC, considera-se o rácio de 1 enfermeiro por cada 5 clientes em ECCI, tal como se verificou. O EEER encontra-se presente todos os dias de segunda a sexta das 8 horas às 20 horas, destacando-se no entanto, que a ECCI mantém o seu funcionamento ao fim de semana, das 8 horas às 17 horas, contudo destinado fundamentalmente à prestação de cuidados gerais, pelo que nem sempre era garantida a presença do EEER.

A documentação de cuidados de ER é feita no Sclinico®, bem como na plataforma GestCare. O GestCare trata-se de uma plataforma que permite o acesso em tempo real aos dados dos clientes por todas as equipas da rede, incluindo Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Manutenção, e Equipas de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários. A mesma plataforma preconiza que seja feita a documentação rigorosa dos cuidados prestados, de forma periódica, promovendo a continuidade de cuidados e a melhoria da qualidade dos serviços de reabilitação. Efetivamente, a replicação de registos de enfermagem efetuados nestes sistemas de informação era uma realidade, e que culminava num dispêndio de tempo acrescido, por parte da equipa.

Tal como já anteriormente enunciado, a metodologia de trabalho adotada baseia-se no modelo

de Enfermeiro Gestor de Caso, no qual se assumia um plano de ação em ER predominantemente autónomo. A tomada de decisão era sempre fundamentada por uma avaliação sistemática, permitindo a identificação das necessidades de intervenção com o objetivo de otimizar e/ou reeducar a função e a funcionalidade da cliente. Este processo foi sempre desenvolvido em articulação com o próprio cliente e as respetivas redes de suporte, fossem elas familiares ou sociais, através da negociação de objetivos e estratégias de intervenção.

Para a prestação efetiva dos cuidados especializados em ER, o serviço é dotado dos seguintes recursos materiais: viatura automóvel para visita domiciliária (com horário frequentemente restrito atendendo à gestão de cuidados de outras especialidades, de EEER, e dos cuidados de Enfermagem Generalistas); esfigmomanómetro digital / oxímetro / estetoscópio; cicloergómetro; halteres 1kg a 2kg; bolas terapêuticas; bastões e bandas elásticas. No que respeita a ajudas técnicas, o serviço dispõe de canadianas de altura ajustáveis, andarilho articulado sem rodas e tripés de altura ajustável. Importa ressaltar que frequentemente recorria-se aos recursos disponíveis no ambiente domiciliar do cliente, o que possibilitava ao mesmo, e ao prestador de cuidados, a sua perceção sobre a otimização da sua capacidade funcional através dos recursos disponíveis no seu quotidiano.

Salienta-se, ainda, o desenvolvimento e implementação, pela ECCI, de projetos comunitários vislumbrando a promoção da saúde, prevenção de doenças e apoio a grupos vulneráveis, visando melhorar a qualidade de vida da comunidade local. A participação nos mesmos, à exceção do Projeto C_V, não foi possível atendendo ao momento do ano em que o estágio decorreu, encontrando-se numa fase balanço do ano anterior, em sede de relatório de atividades, no sentido de se iniciar o processo de contratualização para o ano corrente. No entanto, procurou-se explorar a natureza e finalidade destes mesmos projetos. Assim, o Projeto Asma/DPOC surge, no sentido de reduzir a morbilidade e corrigir as técnicas de administração inalatória em idosos com asma e/ou DPOC. O foco recai sobre os clientes, com oitenta ou mais anos, com diagnóstico de asma ou DPOC que residem na área de intervenção da UCC, sendo para isso realizados contatos presenciais pelos EEER para avaliar e corrigir a técnica inalatória, com o objetivo de corrigir erros críticos.

O projeto Educação Postural concebido pelos EEER da UCC, encontra-se integrado e em parceria com o programa de saúde escolar. O objetivo assenta na promoção de uma postura corporal adequada e prevenção de lesões musculoesqueléticas nos estudantes, capacitando a comunidade escolar para estilos de vida saudáveis por meio da educação postural.

Por fim, o Projeto C_V assenta numa iniciativa integrada na gestão de doenças respiratórias crónicas. O objetivo principal consiste em melhorar o acompanhamento dos clientes com doenças respiratórias, reduzir a procura por serviços de urgência e hospitalizações, promovendo uma abordagem mais personalizada e contínua nos cuidados. O Projeto C_V na UCC é

complementado por um trabalho conjunto entre as equipas da UCC e os profissionais de um Hospital da região norte, por meio de visitas domiciliárias realizadas em equipa. Estas visitas têm um carácter integral e personalizado, permitindo uma avaliação detalhada do estado de saúde do cliente no seu ambiente familiar. No âmbito deste projeto, foi possível a participação na visita domiciliária a clientes submetidos a Ventilação Mecânica não Invasiva, para realização de reeducação funcional respiratória e reabilitação motora. Efetivamente, esta realidade fez emergir, junto da equipa, a necessidade em aprofundar conhecimentos sobre a manipulação do dispositivo em questão, e o benefício da sua utilização no processo de reabilitação, pelo que se elaborou e realizou uma sessão de formação referente à ventilação mecânica não invasiva, que segue em anexo (Anexo II).

3. CASO 1

Cliente de 70 anos, do sexo feminino, reformada, foi admitida no Serviço UAVC, por Acidente Vascular Isquémico na Artéria Cerebral Média Esquerda, tendo sido submetida a trombólise. Detém como antecedentes pessoais relevantes fibrose pulmonar, seguida em consulta do interstício, hipertensão arterial, diverticulose do cólon, litíase vesicular, história de consumo excessivo de álcool há 7 anos, após morte do marido, atualmente com ingestão de álcool às refeições, e tuberculose pulmonar na infância. O contacto estabelecido com a cliente deu-se no segundo dia após admissão na UAVC e no quarto dia de permanência na mesma unidade. Importa destacar que o caso apresenta dados fictícios.

3.1. Enquadramento teórico

O cliente com Acidente Vascular Cerebral

Nas últimas décadas verificou-se um aumento da esperança média de vida da população a nível global. Consequentemente, as principais causas de morbilidade e mortalidade, anteriormente dominadas por doenças infecciosas, têm sido progressivamente substituídas por doenças crónicas não transmissíveis, entre as quais se destacam as doenças cérebro-cardiovasculares, como o AVC (Pannain et al, 2019 & Virani et al, 2020). A carga global do AVC, segundo estimativas mais recentes, provenientes do estudo *Global Burden of Disease (GBD) 2021*, indicam que o AVC continua a ser a segunda principal causa de morte entre as doenças não transmissíveis (DNTs), sendo responsável por cerca de 7 milhões de óbitos e a terceira principal causa de morte e incapacidade combinadas (conforme expresso por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade - *DALYs*; mais de 160 milhões de *DALYs*) no mundo. Em 2021, registaram-se 93,8 milhões (intervalo de 89,0 a 99,3 milhões) de casos prevalentes de AVC e 11,9 milhões (intervalo de 10,7 a 13,2 milhões) de casos incidentes de AVC (GBD, 2021). De acordo com o World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025, globalmente, o AVC isquémico (AVC) constituiu 65,3% (62,4 a 67,7), a hemorragia intracerebral (HIC) constituiu 28,8% (28,3-28,8) e a hemorragia subaracnóidea (HSA) constituiu 5,8% (5,7 a 6,0) dos AVC's incidentes (Feigin et al, 2025). A Comissão de Neurologia *World Stroke Organization/Lancet* sobre AVC prevê que, globalmente, entre 2020 e 2050, as mortes por AVC aumentarão em 50% (de 6,6 milhões de pessoas por ano para 9,7 milhões) (Feigin et al, 2023).

Em Portugal, as doenças cerebrovasculares foram a principal causa de mortalidade em

2022, registando-se 9 616 óbitos por AVC entre residentes, o que correspondeu a 7,7% do total de óbitos dessa população (Instituto Nacional de Estatística, 2022). A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2017a) considera o AVC como a principal causa de mortalidade e incapacidade em Portugal. Contudo, segundo a DGS (2017a), a mortalidade por AVC tem vindo a diminuir, fruto de várias causas, nomeadamente pela adoção de medidas estratégicas preventivas e pela melhoria dos métodos de diagnóstico desta patologia, sublinhando assim a importância de intervir nesta área. Apesar de existir uma melhoria nas taxas de mortalidade, sabe-se que este problema acarreta um importante impacto social resultante na morbilidade associada, pelo que se torna fulcral a implementação de abordagens integradas, cuja finalidade assente em potenciar na pessoa acometida por esta doença uma adequada adaptação à sua doença (Menoita et al, 2012). Assim, o AVC é uma emergência médica complexa e sensível ao tempo. Para melhorar os resultados após um AVC, é fundamental a implementação de sistemas de cuidados agudos que promovam o acesso oportuno a terapias baseadas em evidências, especialmente no que diz respeito ao fornecimento de tratamentos de reperfusão (trombólise intravenosa ou trombectomia endovascular) para os clientes com AVC isquémico (Langhorne et al, 2020).

De acordo com o "*European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke*" existem recomendações baseadas em evidências para auxiliar na tomada de decisões clínicas, relativas à trombólise intravenosa em casos AVC isquémico agudo. Assim, a trombólise com alteplase, de acordo com evidências de alta qualidade, sustentam a administração de alteplase intravenosa para melhorar os desfechos funcionais em clientes com AVC isquémico agudo, desde que o tratamento seja iniciado dentro de 4,5 horas após o início dos sintomas (Berge et al, 2021). A trombectomia tem-se afirmado como uma abordagem inovadora e determinante no tratamento AVC isquémico, sobretudo nos casos em que a oclusão de grandes vasos cerebrais compromete significativamente a circulação sanguínea. Trata-se de um procedimento minimamente invasivo, que consiste na introdução de um cateter através da rede arterial até ao local do trombo, permitindo a sua remoção mecânica e, conseqüentemente, a restauração do fluxo sanguíneo. A correta seleção dos clientes para a trombectomia é fundamental, sendo influenciada por diversos fatores, nomeadamente a gravidade dos sintomas neurológicos, a morfologia e anatomia cerebral, o tempo decorrido desde o início do evento isquémico e as condições clínicas gerais do cliente (Oliveira et al, 2023). A avaliação por imagiologia avançada, através de técnicas como a tomografia computadorizada e a angiografia por ressonância magnética, é essencial para identificar a localização e a dimensão do trombo, orientando a decisão terapêutica mais adequada. A eficácia da trombectomia mecânica está fortemente associada à "*janela terapêutica*", período crítico durante o qual a intervenção apresenta melhores resultados clínicos. A trombólise intravenosa é mais eficaz quando administrada nas primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas, enquanto a trombectomia pode ser realizada em casos selecionados até 24 horas,

após o evento isquémico. O fator temporal é determinante, uma vez que uma intervenção precoce pode significar a diferença entre uma recuperação funcional satisfatória e danos cerebrais irreversíveis (Oliveira et al, 2023). O risco de AVC aumenta com a idade, e dobra após os 55 anos, tanto em homens como em mulheres. Este risco é ainda maior quando o indivíduo apresenta condições médicas pré-existentes, como hipertensão, doença arterial coronária ou dislipidemia. Cerca de 60% dos AVC's ocorrem em clientes com história de acidente isquémico transitório (AIT). Os fatores de risco para o AVC podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. Entre os fatores não modificáveis estão a idade, sexo, etnia e histórico familiar. No que concerne aos fatores modificáveis incluem hipertensão, diabetes, fibrilhação auricular (FA), hipercolesterolemia, abuso de álcool e drogas, tabagismo e inatividade física. A intervenção médica adequada pode reduzir o risco, com ênfase na alteração do estilo de vida e no controle das condições pré-existentes, como hipertensão e diabetes, que aumentam significativamente a probabilidade de ocorrência de AVC (Kuriakose & Xiao, 2020).

De acordo com os dados apresentados no estudo “e_COR – Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular na População Portuguesa” (2020), a prevalência dos principais fatores de risco cardiovascular na população nacional revela como o fator de risco mais prevalente a dieta inadequada (71,3%), seguida pelo excesso de peso, incluindo pré-obesidade e obesidade (62,1%). A hipertensão arterial afeta 43,1% da população, enquanto um nível reduzido de atividade física é reportado em 29,2% dos indivíduos. Os hábitos tabágicos encontram-se presentes em 25,4% da população, e o consumo excessivo de álcool em 18,8%. No que respeita a alterações lipídicas, a hipercolesterolemia apresenta uma prevalência significativa, com 31,5% dos indivíduos a registarem níveis de colesterol LDL \geq 160 mg/dL e 51,5% com valores de LDL \geq 130 mg/dL. Adicionalmente, a hipertrigliceridemia é verificada em 8,6% dos indivíduos para valores \geq 200 mg/dL e em 18,6% para valores superiores a 150 mg/dL. A história familiar de doença cardiovascular prematura é identificada em 11,8% da população, enquanto a diabetes mellitus apresenta uma prevalência de 8,9% (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2020).

Fisiopatologia do AVC

O AVC é definido como uma disfunção neurológica súbita resultante de uma perfusão cerebral inadequada, devido a alterações no fluxo sanguíneo nos vasos que irrigam o cérebro. A compreensão da anatomia neurovascular é essencial para a análise das manifestações clínicas do AVC. O suprimento sanguíneo cerebral é assegurado pelas duas artérias carótidas internas, na região anterior, e pelas duas artérias vertebrais, na região posterior, formando o círculo de Willis (Kuriakose & Xiao 2020). O AVC isquémico ocorre devido a uma redução no aporte de sangue e oxigénio ao cérebro, enquanto o AVC hemorrágico resulta da rutura ou extravasamento de sangue dos vasos cerebrais (Oliveira et al, 2015).

O estudo *Global Burden of Disease* (GBD) 2021 analisou a carga global e os fatores de

risco associados ao AVC no período compreendido entre 1990 e 2021, destacando que o AVC isquêmico constituiu 65,3% (62,4 a 67,7), a hemorragia intracerebral (HIC) constituiu 28,8% (28,3-28,8) e a hemorragia subaracnóidea (HSA) constituiu 5,8% (5,7 a 6,0) dos AVCs incidentes (Feigin et al, 2025). Habitualmente, a isquemia é causada por três mecanismos diferentes: trombose, embolia e diminuição da perfusão cerebral (Grenho & Lourenço, 2012). Um AVC isquêmico é caracterizado, assim, por um episódio de comprometimento neurológico, resultante da redução no suprimento sanguíneo cerebral, com duração superior a 24 horas, sendo que essa condição pode ser provocada por causas embólicas ou ateroscleróticas (Figueiredo et al, 2020). Efetivamente, o AVC isquêmico ocorre de forma abrupta, geralmente minutos após a interrupção do fornecimento sanguíneo aos tecidos cerebrais, resultante do bloqueio das artérias responsáveis pela irrigação do cérebro, frequentemente causado por coágulos formados devido à fibrilhação auricular (FA) ou trombos originados em depósitos de gordura, conhecidos como placas ateroscleróticas (Palmer, 2023). A área cerebral afetada é comumente referida como o núcleo isquêmico, onde a maioria das células sofre morte celular irreversível antes que os efeitos dos agentes neuroprotetores possam ser implementados. Ao redor deste núcleo, encontra-se a zona de penumbra isquêmica, uma região de células ainda viáveis, que frequentemente é o alvo de intervenções terapêuticas. A interação entre mecanismos moleculares e celulares complexos leva ao surgimento de várias manifestações clínicas, como hemiplegia, paraplegia, disartria e paresia. Outras manifestações podem variar conforme a área cerebral afetada, dependendo das artérias obstruídas e da região do cérebro que elas irrigam (Salaudeen, 2023).

Face ao exposto, o fornecimento contínuo de sangue é essencial para a sobrevivência do cérebro, uma vez que este órgão depende constantemente de oxigênio e nutrientes para o seu funcionamento adequado, sendo a circulação sanguínea eficaz fundamental para esse processo (Fan et al, 2022). Quando uma artéria cerebral relevante é obstruída, o fluxo sanguíneo para a região cerebral afetada é reduzido. A diminuição da circulação resulta numa interrupção do fornecimento de energia, ocasionando hipóxia e isquemia (Salaudeen et al, 2024). Ressalte-se que as artérias da circulação anterior (território carotídeo) contemplam as artérias carótidas comuns e internas (porção extracraniana e intracraniana), as artérias oftálmicas, as artérias cerebrais médias e as artérias cerebrais anteriores. As artérias da circulação posterior (território vertebrobasilar) são as artérias vertebrais, a artéria basilar e as artérias cerebrais posteriores (Grenho & Lourenço, 2012).

O impacto da lesão isquêmica é significativamente influenciado pela circulação colateral na região cerebral afetada. Uma circulação colateral eficaz contribui para uma recuperação mais favorável e para a redução da extensão do evento isquêmico, uma vez que proporciona uma via alternativa para o fornecimento de oxigênio ao tecido cerebral comprometido (Liebeskind, 2003). É fundamental destacar que o fluxo sanguíneo cerebral normal varia consoante a região do cérebro. Perante um episódio de isquemia, a autorregulação cerebral e os

mecanismos compensatórios, através da vasodilatação local, possibilitam a circulação colateral e o aumento da extração de oxigénio e glicose do sangue. No entanto, quando o fluxo sanguíneo cerebral desce abaixo de 20 ml/100g/min, ocorre uma redução da atividade neuronal para preservar as reservas energéticas. Se este valor atingir menos de 10 ml/100g/min, pode verificar-se lesão neuronal irreversível (Rey Pérez, 2005). Quando o fluxo sanguíneo cerebral diminui aproximadamente 50%, os clientes permanecem assintomáticos. Com uma redução adicional, ocorre disfunção neuronal reversível, resultando em sintomas isquémicos que, tipicamente, correspondem aos défices funcionais associados à localização da isquemia (Feske, 2021).

Como explorado, a oclusão isquémica cerebral pode culminar num AVC trombótico ou embólico, ambos comprometendo a perfusão cerebral. No AVC trombótico, a aterosclerose leva ao estreitamento vascular progressivo, favorecendo a formação de coágulos que obstruem o fluxo sanguíneo. No AVC embólico, um êmbolo desloca-se na circulação e obstrui um vaso cerebral, provocando isquemia e necrose. A necrose celular caracteriza-se pela disrupção da membrana plasmática, edema dos organelos e libertação de conteúdos celulares, comprometendo a função neuronal. Diversos mecanismos fisiopatológicos contribuem para a gravidade do AVC, incluindo inflamação, falência energética, perda da homeostasia, acidose, excitotoxicidade, disfunção da barreira hematoencefálica e stress oxidativo (Kuriakose & Xiao, 2020). Se a redução do fluxo sanguíneo cerebral for prolongada, a lesão tecidual torna-se irreversível. O intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o desenvolvimento da lesão tecidual irreversível depende tanto da magnitude como da duração da redução do fluxo sanguíneo cerebral (Feske, 2021).

O AVC hemorrágico é o segundo tipo mais prevalente de AVC e subdivide-se em hemorragia intracerebral (HIC) e hemorragia subaracnóidea (HSA). Ambos representam eventos catastróficos, caracterizados pela ruptura de vasos sanguíneos, resultando em hemorragia no parênquima cerebral (HIC) ou no espaço subaracnóideo (HSA) (Ohashi et al, 2023). A hemorragia habitualmente deriva das arteríolas ou pequenas artérias para o parênquima cerebral formando um hematoma que se expande de forma gradual, para a substância branca, onde a acumulação de sangue ocorre em minutos ou horas e o hematoma continua a crescer até que a pressão que o rodeia acaba por limitá-lo ou até que a hemorragia drene para o sistema ventricular ou para o líquido na superfície pial (Grenho & Lourenço, 2012). Nesta condição, o stress no tecido cerebral e a lesão interna provocam a ruptura dos vasos sanguíneos, gerando efeitos tóxicos no sistema vascular e resultando em enfarte. Na HIC, ocorre a ruptura dos vasos sanguíneos, levando à acumulação anormal de sangue no cérebro. As principais causas da HIC incluem hipertensão, vasculatura comprometida, e o uso excessivo de anticoagulantes e agentes trombolíticos. Na HSA, o sangue acumula-se no espaço subaracnóideo devido a trauma craniano ou aneurisma cerebral (Kuriakose & Xiao, 2020). Além dos dois tipos principais de AVC (isquémico e hemorrágico), existem ainda os

acidentes isquêmicos transitórios (AIT) que caracterizam-se pela perda súbita de função cerebral com duração inferior a 24 horas, resultante de um déficit no fornecimento sanguíneo, seja por êmbolo ou trombo, afetando tanto a circulação extracraniana como a intracraniana (Flannery & Bulecza, 2010).

Síndromes Neurovasculares

O AVC define-se como sendo um déficit neurológico focal (perda de função afetando uma região específica do sistema nervoso central) por interrupção da circulação sanguínea. O cliente com AVC isquêmico agudo ou AIT apresenta-se com um déficit neurológico de instalação súbita e as manifestações clínicas dependem do tamanho da área isquêmica e do território arterial envolvido (Grenho e Lourenço, 2012). Os sinais característicos do AVC isquêmico são o de aparecimento súbito de sinais neurológicos focais que persistem por mais de 24 horas. Estes sinais, ocorrem habitualmente em combinação. A hemiparésia, a afasia e a hemianópsia são comuns. As alterações do nível de consciência costumam ocorrer quando há envolvimento do tronco cerebral ou do cerebelo, convulsões, hipóxia, hemorragia ou aumento da pressão intracraniana (PIC). Estas alterações podem assumir a forma de estupor, coma, confusão e agitação (Urden et al, 2014). De acordo com os mesmos autores, eventos isquêmicos no hemisfério esquerdo (dominante) acarretam os seguintes achados: afasia; hemiparesia direita; perda sensorial do lado direito; defeito campo visual direito; deficiente coordenação ocular ao olhar para a direita; disartria; dificuldade em ler, escrever e calcular.

O hemisfério direito (não dominante), por sua vez, traduz: negligência do espaço visual esquerdo; defeito no campo visual esquerdo; hemiparésia esquerda; perda sensorial do lado esquerdo; deficiente coordenação ocular ao olhar para a esquerda; extinção dos estímulos do lado esquerdo; disartria e desorientação espacial (Urden et al, 2014). Sendo o AVC uma patologia de origem vascular, os défices resultantes estão diretamente relacionados com os territórios irrigados pelas principais artérias que compõem o sistema vascular cerebral. Na tabela 1, encontram-se discriminados os respetivos défices referentes às localizações com estruturas envolvidas.

Localização	Sinais e Sintomas	Estruturas Envolvidas
Hemisfério Cerebral, Face Externa (Artéria Cerebral Média)	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiparesia - Défice hemissensorial - Afasia motora de Broca (fala hesitante, compreensão preservada) - Afasia central de Wernicke (anomias, má compreensão) - Negligência unilateral, apraxias - Hemianopsia ou quadrantanopsia homónima - Olhar preferencial para o lado da lesão 	<ul style="list-style-type: none"> - Córtex motor parietal e frontal contralateral - Córtex somatossensorial contralateral - Área motora da linguagem (lobo frontal dominante) - Lobo parietal não dominante - Radiação óptica (lobo parietal inferior ou temporal) - Centro para o olhar lateral (lobo frontal)
Hemisfério Cerebral, Face Interna (Artéria Cerebral Anterior)	<ul style="list-style-type: none"> - Paralisia do pé e da perna, podendo ter paresia do braço - Perda sensorial cortical na perna - Reflexos de preensão e sucção - Incontinência urinária - Apraxia da marcha 	<ul style="list-style-type: none"> - Área da perna com ou sem área do braço no córtex motor contralateral - Área do pé e da perna no córtex sensorial contralateral - Lobo frontal posterior interno - Área sensoriomotora e lóbulo paracentral - Córtex frontal
Hemisfério Cerebral, Face Inferior (Artéria Cerebral Posterior)	<ul style="list-style-type: none"> - Hemianopsia homónima - Cegueira cortical - Défice de memória - Perda sensorial densa ou dor espontânea, disestesias, coreoatetose 	<ul style="list-style-type: none"> - Lobo occipital calcarino - Lobos occipitais bilaterais - Hipocampo (bilateral ou dominante) - Tálamo e subtálamo
Tronco Cerebral, Mesencéfalo (Artéria Cerebral Posterior)	<ul style="list-style-type: none"> - Paralisia do III nervo craniano e hemiplegia contralateral (Síndrome de Weber) - Paralisia/paresia do movimento ocular vertical - Nistagmo de convergência, desorientação 	<ul style="list-style-type: none"> - III nervo craniano e pedúnculo cerebral - Fibras supranucleares para o III nervo craniano - Extremidade superior do mesencéfalo, periaqueduto
Tronco Cerebral, Junção Pontobulbar (Artéria Basilar)	<ul style="list-style-type: none"> - Paralisia facial - Paresia da abdução do olho - Paresia do olhar conjugado - Défice sensorial hemifacial - Síndrome de Horner - Sensação térmica e dolorosa diminuída em metade do corpo (com ou sem face) - Ataxia 	<ul style="list-style-type: none"> - Centro do olhar lateral (homolateral) - Feixe e núcleo do V nervo (homolateral) - Vias simpáticas descendentes - Feixe espinotalâmico contralateral - Pedúnculo cerebeloso médio e cerebelo
Tronco Cerebral, Bulbo Lateral (Artéria Vertebral)	<ul style="list-style-type: none"> - Vertigem, nistagmo - Síndrome de Horner (miose, ptose, suduação diminuída) - Ataxia, queda para o lado da lesão - Sensação térmica e dolorosa insuficiente em metade do corpo (com ou sem face) 	<ul style="list-style-type: none"> - Núcleo vestibular - Fibras simpáticas descendentes (homolateral) - Hemisfério do flóculo do cerebelo - Feixe espinotalâmico contralateral

Tabela 1 - Manifestações clínicas do AVC por localização encefálica.

Adaptado de: Hawser, S. (2004). Acidente Vascular Cerebral. In E. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, & J. Jameson, Harrison Manual de Medicina (J. Falcato, Trad., 15ª ed., pp. 144). Lisboa: Mc Graw-Hill de Portugal

Os sintomas apresentados refletem, tal como indicado na tabela, o local e a gravidade da lesão

isquémica. As manifestações clínicas do AVC variam consoante a área cerebral afetada e a extensão da lesão, influenciando diretamente a funcionalidade motora, sensorial, cognitiva e emocional do cliente. Quanto maior a extensão da lesão, mais significativas poderão ser as limitações, afetando a independência e a qualidade de vida do indivíduo (Flannery & Bulecza 2010). Procede a tabela 2 com um desenvolvimento adicional.

Domínio	Funcionalidade Comprometida
Motoras	Hemiparesia ou hemiplegia do hemicorpo contralateral à lesão (numa fase inicial flácida, evoluindo para espástica); Disfagia; possibilidade de diminuição do reflexo de deglutição; Disartria;
Intestino e Bexiga	Polaquiúria, urgência e incontinência urinárias Obstipação; mais associada à imobilidade do que aos efeitos físicos do AVC
Linguagem	Afasia não-fluente (afasia motora/de expressão): dificuldade ou incapacidade de se expressar verbalmente Afasia fluente (afasia sensitiva/de receção): dificuldade ou incapacidade de compreensão da fala Alexia: incapacidade de reconhecer as palavras escritas Agrafia: incapacidade de se expressar por escrito
Percepto-Sensoriais	Resposta diminuída à sensibilidade superficial (tato, dor, pressão, calor e frio) Propriocepção diminuída (reconhecimento da posição das partes do corpo face ao ambiente) Défices visuais: Acuidade diminuída; Diplopia; Hemianopsia homónima Percepção: Síndrome de negligência unilateral; Imagem corporal distorcida; Apraxia: incapacidade de realizar atos voluntários aprendidos; Agnosia: incapacidade de reconhecer objetos familiares, pela visão, som ou tato; incapacidade de reconhecer rostos; Anosognosia: incapacidade de reconhecer ou negação de um défice físico.
Cognitivos-Emocionais	Labilidade e imprevisibilidade emocionais O comportamento pode ser socialmente impróprio (ex.: ataques de choro, praguejar) Depressão Perda de memória Pouca concentração, distrai-se facilmente Perda da capacidade de raciocínio, discernimento e abstração

Tabela 2 - Funcionalidades comprometidas no AVC por domínios

Adaptado de: Flannery, J. & Bulecza, S. (2010)

Reabilitação e Avaliação do Cliente com AVC

O AVC constitui uma das principais causas de incapacidade neurológica em adultos, frequentemente originando défices funcionais que podem comprometer significativamente a qualidade de vida dos clientes e das suas famílias (Pizov, 2023). Neste contexto, a reabilitação pós-AVC assume um papel fundamental, não apenas na recuperação da mobilidade e da funcionalidade, mas também na promoção da independência e na redução da dependência de cuidados prestados por terceiros (Whitehead & Baalbergen, 2019). Os clientes, que necessitam de reabilitação após um AVC, devem recebê-la de um serviço especializado em AVC, nomeadamente numa unidade de AVC e, posteriormente, com uma equipa especializada em AVC na comunidade (National Institute for Health and Care Excellence [NICE] 2023; World Health Organization (WHO), 2025).

A transição do contexto hospitalar para o contexto comunitário revela-se um processo complexo, sendo que a ausência de suporte contínuo pode comprometer os progressos alcançados durante a fase inicial da reabilitação. Assim, a implementação de programas de reabilitação domiciliar e o acompanhamento em regime ambulatorio assumem um papel fundamental na manutenção da evolução funcional e na prevenção de complicações secundárias (Danseur, 2020). Efetivamente, o EEER é o elemento da equipa multidisciplinar que tem a função de capacitar o cliente para a realização das AVD e maximizar o seu potencial individual (Teixeira, F, et al, 2023). Estes profissionais acompanham toda a evolução do processo de reabilitação, desde a fase aguda até à reintegração familiar e social, assumindo, desta forma, a gestão global da reabilitação do indivíduo (Pontes & Santos, 2016).

De acordo com a Norma n.º 054/2011 da Direção Geral da Saúde (2011), a reabilitação é um processo centrado no cliente e orientado por objetivos, iniciado no primeiro dia após o AVC, com o propósito de otimizar a funcionalidade e promover o mais elevado nível de independência possível. Esta abordagem abrange não apenas os domínios físico e psicológico, mas também os aspetos sociais e económicos, visando a reintegração plena do indivíduo na sociedade (Direção Geral da Saúde, 2011). Ainda em consonância com a mesma norma: a reabilitação deve ser organizada de forma a proporcionar a máxima intensidade nos primeiros seis meses após o AVC (Nível de Evidência A - *National Stroke Foundation, Clinical Guidelines for Stroke Management* 2010, Melbourne, Austrália); a reabilitação constitui um processo contínuo, cuja intensidade e duração devem ser ajustadas em função das necessidades e da tolerância dos clientes (Classe de Recomendação I, Nível de Evidência A - *European Stroke Organization (ESO)*, 2008); a alta hospitalar precoce de um cliente com AVC deve ocorrer apenas quando este se encontrar clinicamente estável e apresentar défices ligeiros a moderados, desde que existam recursos especializados de reabilitação na comunidade (Classe de Recomendação I, Nível de Evidência A

- ESO, 2008); após a alta hospitalar, os clientes devem ser submetidos a uma avaliação regular e contínua, de modo a monitorizar a sua recuperação, ajustar intervenções terapêuticas e prevenir complicações, garantindo a continuidade dos cuidados e a otimização da reabilitação (Direção Geral da Saúde, 2011).

De acordo com a *World Health Organization* (2023) a reabilitação é uma estratégia essencial em saúde e, como tal, constitui um serviço fundamental para pessoas com uma ampla variedade de condições de saúde, ao longo de todas as fases do ciclo de vida e em todas as etapas do cuidado - aguda, subaguda e crónica. A reabilitação centra-se no impacto de uma condição de saúde na vida do indivíduo, visando, essencialmente, a melhoria do funcionamento e a redução da incapacidade. O seu objetivo fundamental é responder às dificuldades funcionais decorrentes de uma doença, lesão ou processo de envelhecimento, tendo sempre em consideração o contexto e as necessidades individuais. Para tal, são implementadas intervenções que promovem o funcionamento e a autonomia - designadas por intervenções funcionais -, as quais incluem estratégias de educação e capacitação, permitindo que as pessoas compreendam e autogerem a sua condição de saúde, adaptem-se à sua situação e mantenham o máximo grau possível de independência e atividade. Adicionalmente, as intervenções funcionais englobam o apoio aos cuidadores e familiares, reconhecendo o seu papel essencial na promoção e manutenção do funcionamento otimizado das pessoas com condições de saúde. Assim, a reabilitação possibilita uma maior participação dos indivíduos em áreas significativas da vida, como a educação, o emprego e a integração social e comunitária, trazendo benefícios não só para a saúde, mas também a nível social e económico (WHO, 2023). A reabilitação pós-AVC enfrenta desafios significativos, nomeadamente a variabilidade nos resultados da recuperação, a qual é influenciada por diversos fatores, tais como a gravidade do AVC, a idade do cliente e a presença de comorbilidades. A evidência científica demonstra que a reabilitação deve ser iniciada precocemente e prosseguir de forma intensiva, com o objetivo de maximizar a recuperação funcional (O'Dell, 2023).

A Reabilitação tem como objetivo restabelecer a máxima independência do cliente ou a sua recuperação similar ao nível da função pré-lesão ou pré-incapacidade. O plano de reabilitação iniciado na fase aguda, logo após a estabilização, tem como objetivo principal a melhoria da funcionalidade e a prevenção de uma maior incapacidade devido a complicações secundárias ao acontecimento (Branco & Santos, 2010). O momento ideal para iniciar a reabilitação após um AVC ainda não é completamente conhecido. A evidência destaca que a reabilitação intensiva nas primeiras 24 horas pode ser prejudicial, sendo recomendada cautela. Após esse período, diferentes tipos de reabilitação parecem ser seguros, embora não se tenha ainda identificado um período, após lesão cerebral, durante o qual o cérebro tem maior capacidade de reorganizar-se e formar novas conexões neuronais, ideal para a intervenção (Coleman et al, 2017, NICE, 2023). A reabilitação precoce desempenha um papel essencial na recuperação das funções comprometidas, baseando-se no princípio da neuroplasticidade. Este

conceito refere-se à capacidade do cérebro reorganizar as suas conexões neurais, permitindo que áreas saudáveis do cérebro assumam as funções das regiões lesadas. A intervenção precoce aproveita essa capacidade de adaptação neural, para otimizar os resultados da reabilitação, promovendo a recuperação funcional de forma mais eficaz e eficiente (Souza et al, 2024).

A recuperação neurológica é mais significativa entre os três e seis meses após o AVC, sendo as primeiras semanas fundamentais para o progresso da reabilitação. Durante este período, observa-se uma melhoria significativa caso o cliente seja adequadamente estimulado e submetido a um processo de reabilitação eficaz. É fundamental iniciar o programa de reabilitação o mais precocemente possível, assim que o cliente se encontre clinicamente estável. Para garantir uma recuperação bem-sucedida, o programa deve ser contínuo e adaptado ao longo do tempo, contemplando a colaboração e coordenação eficaz entre todos os profissionais da equipa multidisciplinar (Silveira, 2013; Roldão, 2019). Estes devem ter uma duração mínima de 3 horas diárias, pelo menos 5 dias por semana, contemplando a atuação de toda a equipa multidisciplinar (NICE, 2023).

A reabilitação neurológica tem evoluído ao longo dos anos apoiada na descoberta e compreensão da plasticidade neural, bem como nas evidências atuais de que o sistema nervoso é capaz de se remodelar mesmo na idade adulta. A relação que o ser humano estabelece com o meio produz grandes modificações no sistema nervoso central, permitindo uma constante adaptação e aprendizagem ao longo da vida. A neuroplasticidade está intimamente relacionada com a recuperação funcional (Oliveira, 2020). As estratégias multidisciplinares mais eficazes para a reabilitação funcional e cognitiva de clientes pós-AVC abrangem a integração de diversas abordagens terapêuticas, ajustadas às diferentes fases de recuperação e à gravidade do quadro clínico. Estas incluem a combinação de técnicas de estimulação, programas de exercícios específicos e reabilitação intensiva personalizada, com o objetivo de otimizar a funcionalidade e promover a máxima recuperação possível (Freire et al, 2024).

A reabilitação precoce constitui, assim, uma estratégia fundamental para maximizar a neuroplasticidade durante o período crítico após um AVC, sendo amplamente recomendada por diretrizes internacionais como uma abordagem eficaz para reduzir sequelas e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes (Nunes et al, 2022). Antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica, o EEER deve realizar uma avaliação neurofuncional detalhada do cliente, com a finalidade de orientar adequadamente o processo terapêutico (Branco & Santos, 2010). O EEER tem um papel fundamental na avaliação dos défices, identificação de diagnósticos, no planeamento e na implementação de intervenções (Araújo et al, 2021). A avaliação é sustentada pelas atividades de diagnóstico, que dizem respeito à primeira fase do Processo de Enfermagem, na qual se realiza uma recolha organizada e sistemática de dados relevantes, os quais, analisados e interpretados sustentam o juízo do EEER e lhe permitem de forma segura e

rigorosa formular diagnósticos de enfermagem (Ribeiro et al, 2021a).

Este processo de avaliação inclui uma anamnese completa, exame físico e exame neurológico, garantindo a máxima privacidade do cliente. A neuroavaliação constitui, desta forma, uma ferramenta fundamental para o EEER na avaliação do cliente com AVC, distinguindo-se do exame neurológico, realizado no contexto médico. Este processo pode ser definido como um conjunto de técnicas que visam desencadear uma resposta do sistema nervoso, permitindo identificar eventuais alterações na funcionalidade neurológica. A correta execução da neuroavaliação é determinante para orientar a abordagem terapêutica, podendo mesmo representar um elemento chave no processo de reabilitação. Através desta avaliação é possível analisar o estado de consciência, a reação pupilar, a integridade dos pares cranianos, a força muscular, a sensibilidade, o tônus muscular e a coordenação motora (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012). A avaliação deve contemplar ainda os seguintes aspetos: marcha, mobilidade, motricidade facial, fluência verbal (disartria), funções cognitivas, processo de deglutição, eliminação vesical e intestinal, integridade cutânea, sexualidade e aspetos emocionais e sociais. A avaliação deve ser realizada num ambiente calmo e tranquilo (Menoita et al, 2012).

A prática do EEER no cliente com AVC sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem

A Teoria Geral do Autocuidado de Orem é considerada uma teoria de grande abrangência dentro da disciplina de enfermagem, uma vez que oferece um enquadramento concetual amplo e estruturado (Santos et al, 2022). A mesma teoria é amplamente reconhecida na enfermagem, por enfatizar a importância do autocuidado na promoção e manutenção da saúde. Esta teoria preconiza que os clientes têm a capacidade e a responsabilidade de cuidar de si mesmos, e que a enfermagem torna-se necessária quando há uma incapacidade ou limitação nesse autocuidado (Silva et al, 2010).

Nesta sequência, Orem (1991) refere que o autocuidado consiste nas ações empreendidas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, no sentido de regular o seu funcionamento e objetivando a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Este mesmo conceito é tido como sendo um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem, pelo que segundo a Classificação Internacional Prática Enfermagem (CIPE), autocuidado consiste em toda aquela *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (International Council of Nurses Practice (ICNP), 2019). Para que seja possível a concretização plena no autocuidado, Orem destaca a necessidade do envolvimento e da motivação do cliente, considerando-se aspetos fulcrais na sua corresponsabilização em todo o processo de cuidados, em particular, no processo de reabilitação (Ribeiro et al, 2021b).

Face ao exposto, Orem considera a Teoria do Défice do Autocuidado uma teoria geral constituída por três teorias interligadas: 1) a Teoria do Autocuidado, que explica a razão e

o modo como os indivíduos cuidam de si próprios; 2) a Teoria do Défice do Autocuidado, que clarifica os motivos pelos quais certas pessoas necessitam de assistência de enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que define e justifica as relações que devem ser estabelecidas e mantidas para a prestação eficaz de cuidados de enfermagem (Alligood, 2018). A Teoria do Autocuidado fornece a base para compreender as condições e limitações da ação dos indivíduos que podem beneficiar da intervenção de enfermagem (Alligood, 2018). A premissa central da Teoria do Défice do Autocuidado reside no facto de que a necessidade de cuidados de enfermagem está diretamente associada à maturidade subjetiva do indivíduo face às limitações funcionais decorrentes de problemas de saúde ou do próprio processo de cuidar (Alligood, 2018). Essas limitações podem resultar na incapacidade total ou parcial da pessoa para cuidar de si própria ou dos seus dependentes. Assim, o défice de autocuidado representa o cerne da teoria geral do défice do autocuidado, uma vez que justifica a necessidade de intervenção de enfermagem, sempre que as exigências de autocuidado ultrapassam as capacidades individuais para supri-las. Embora o défice do autocuidado seja um conceito abstrato, quando traduzido em termos de limitações de ação, permite compreender o papel do indivíduo no seu próprio autocuidado e orienta a escolha das intervenções de enfermagem mais adequadas para o apoiar (Alligood, 2018). Ainda no âmbito da Teoria do Défice do Autocuidado, Orem identificou três tipos de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Estes requisitos traduzem-se nos objetivos que devem ser atingidos por meio das ações de autocuidado realizadas pelo próprio indivíduo ou por terceiros, representando, assim, as necessidades identificadas no modelo teórico desenvolvido pela autora (Alligood, 2018). A Teoria dos Sistemas de Enfermagem sustenta que a enfermagem é uma ação humana, constituída por sistemas de ação estruturados e implementados pelos enfermeiros no exercício da sua prática profissional, com o objetivo de prestar cuidados a indivíduos que apresentam limitações no seu autocuidado (Alligood, 2018).

A relevância deste referencial no contexto da ER reside no seu potencial para fundamentar a prática dos EEER, com um enfoque particular no cliente. Este modelo reconhece que, apesar das limitações que possam estar presentes, o cliente mantém a capacidade de adquirir e desenvolver novas estratégias para a realização do autocuidado (Ribeiro et al, 2021b). O presente referencial teórico pressupõe o estabelecimento de cinco domínios essenciais para a prática profissional, contemplando desta feita a manutenção de uma relação terapêutica com o cliente, garantindo um ambiente de confiança e apoio; a avaliação e determinação das necessidades individuais, identificando a melhor estratégia de intervenção por parte da enfermagem; a resposta às exigências da pessoa no que se refere ao contacto e à assistência prestada pelo enfermeiro; a prescrição, disponibilização e regulação da ajuda direta ao cliente e aos seus conviventes significativos; e, por fim, a coordenação e integração dos cuidados de enfermagem na vida quotidiana do indivíduo, assegurando a articulação com outros serviços de saúde, apoio social e educação, sempre que necessário (Petronilho & Machado, 2017).

Um episódio de AVC tem habitualmente como consequência sinais/sintomas de compromisso neurológico, como diminuição da força muscular, descoordenação, alterações da

linguagem (afasia motora e/ou sensorial), comprometimento da visão a nível campimétrico (hemianopsia) ou desvio do olhar conjugado, apraxia, ataxia, disartria, disfagia, podendo mesmo afetar a função cognitiva e o estado de consciência (WHO, 2025). Estes défices levam geralmente a compromissos na marcha, no controlo postural e no equilíbrio, limitando a mobilidade e a capacidade para executar as atividades de vida diária (Boumer et al, 2019). Assim, torna-se essencial a intervenção EEER, que vai assistir na reeducação das funções motoras, sensoriais e/ou cognitivas perdidas. É função do ER assistir no processo de recuperação do cliente com vista à sua máxima autonomia funcional, mas também no sentido de manter a sua autoestima e qualidade de vida, contribuindo para o seu desenvolvimento pessoal (Regulamento nº 392/2019).

O foco dos EEER assenta na ênfase atribuído à capacidade de a pessoa satisfazer as suas necessidades e/ou no seu potencial para a aquisição de independência para o autocuidado preconizando a ajuda profissional sistematizada e intencional (Ribeiro et al, 2021b). No âmbito da prática do EEER, os sistemas de enfermagem definidos por Orem orientam a prestação de cuidados de acordo com o nível de dependência da pessoa no autocuidado (Wills, 2016). O sistema de enfermagem totalmente compensatório aplica-se quando o cliente se encontra totalmente incapaz de realizar as atividades de autocuidado, sendo necessária uma intervenção integral do EEER. Nestes casos, o enfermeiro assume a responsabilidade total pelos cuidados, assegurando as funções essenciais para a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Ribeiro et al, 2021c). Por sua vez, o sistema de enfermagem parcialmente compensatório revela-se essencial em situações em que tanto o enfermeiro como o cliente desempenham um papel ativo nas ações de autocuidado. O EEER deve intervir sempre que o indivíduo não consiga, de forma independente, executar determinadas atividades, considerando as suas limitações físicas, cognitivas, emocionais e a sua capacidade de aprendizagem. Esta abordagem é especialmente relevante na reabilitação da pessoa com AVC, à medida que ocorre a evolução clínica e se inicia um processo de recuperação ativa, promovendo progressivamente a autonomia funcional (Santos et al, 2020a, Ribeiro, et al, 2021c).

Por fim, o sistema de enfermagem de suporte-educação aplica-se, quando o cliente apresenta potencial para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, mas necessita de orientação e apoio para o fazer de forma eficaz. O papel do EEER centra-se na capacitação do indivíduo, através do ensino, supervisão e reforço da autonomia no desempenho do autocuidado. Esta abordagem é crucial tanto na fase preventiva como ao longo do processo de recuperação, incluindo o acompanhamento da família, assegurando uma transição segura para o domicílio e a continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar (Ribeiro et al, 2021c). O referencial teórico de Dorothea Orem constitui um alicerce essencial para a prática da ER, proporcionando um enquadramento estruturado para a implementação de estratégias de ensino-aprendizagem. Enquanto especialidade, a ER assenta num corpo de conhecimentos e práticas específicas que visam capacitar o cliente com limitações funcionais a atingir o seu potencial máximo de funcionalidade e independência. Os seus objetivos fundamentais incluem a otimização da função, a promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida, sendo o autocuidado um eixo central da sua intervenção (Ribeiro et al, 2021c).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-05 08:30:00	Pantoprazol 40mg, PO, 1x/dia	
2024-11-05 08:30:00	Enoxaparina 40mg, SC, 1x/dia	
2024-11-05 08:30:00	Ácido Acetilsalicílico 100mg; PO, 1x/dia	
2024-11-05 08:30:00	Rosuvastatina 40 mg, PO 1x/dia	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Pantoprazol 40mg, PO 1x/dia - O pantoprazol é um fármaco antiácido, antiulceroso e modificador da secreção gástrica, atuando na inibição da bomba de prótons. Está indicado para o tratamento da esofagite de refluxo, como tratamento complementar na erradicação do *Helicobacter pylori*, para úlceras duodenais e gástricas, para a síndrome de Zollinger-Ellison e outras condições de hipersecreção patológica. Um inibidor da bomba de prótons deve ser oferecido a qualquer pessoa com AVC isquémico agudo para a qual seja relatada dispepsia prévia associada à aspirina (NICE, 2019).

Rosuvastatina 40 mg, PO 1x/dia - A rosuvastatina é uma estatina utilizada na prevenção primária e secundária do AVC, atuando na redução dos níveis de colesterol LDL e na estabilização das placas de ateroma, diminuindo o risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. A sua ação baseia-se na inibição da enzima HMG-CoA redutase, reduzindo a síntese de colesterol hepático e promovendo efeitos anti-inflamatórios e antioxidantes, que contribuem para a proteção vascular. O controlo lipídico deve ser assegurado após um AVC, sendo fundamental a adoção de modificações no estilo de vida, nomeadamente na dieta e na prática de exercício físico, com o objetivo de reduzir os níveis de colesterol. Esta abordagem inclui, igualmente, a terapêutica farmacológica com estatinas, grupo de fármacos ao

qual pertence a atorvastatina (Gladstone et al., 2021), visando a redução do LDL para valores inferiores a 1,8 mmol/L (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Enoxaparina 40 mg, SC 1x/dia - A enoxaparina é uma heparina de baixo peso molecular amplamente utilizada na prevenção e tratamento de eventos tromboembólicos, incluindo o AVC de origem isquémica. A sua ação anticoagulante previne a formação e propagação de coágulos sanguíneos, sendo particularmente benéfica em contextos onde o risco de trombose está aumentado. A terapia anticoagulante é fortemente recomendada para a prevenção secundária de AVC (Gladstone et al, 2021). O tratamento com anticoagulação após um AIT ou um acidente vascular cerebral isquémico é, atualmente, geralmente restrito à prevenção secundária a longo prazo do AVC cardioembólico, associado a fibrilhação auricular, trombo intracardíaco, doença valvular cardíaca ou substituição valvular mecânica (NICE, 2019). Os cuidados devem contemplar a inspeção da pele do cliente determinando a presença de sinais de hemorragia ou hematomas, especialmente nos locais de injeção, bem como estar atento a sintomas como queda abrupta da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, tonturas ou presença de sangue (nas fezes ou secreções), que podem indicar hemorragias internas.

Ácido Acetilsalicílico 100 mg, PO 1x/dia - A aspirina está indicada no tratamento do AVC, particularmente nos casos de AVC isquémico, devido às suas propriedades antiplaquetárias, que ajudam a prevenir a formação de coágulos sanguíneos. A sua utilização visa a redução do risco de novos episódios de AVC em clientes que já tenham sofrido um evento isquémico cerebral. Na fase aguda do AVC, todos os doentes devem ser tratados com antiagregantes plaquetários, nomeadamente o ácido acetilsalicílico, assim que a imagem cerebral exclua a presença de hemorragia intracraniana (Gladstone et al., 2021). No entanto, é fundamental ter cuidados específicos ao administrá-la, considerando o risco de hemorragias, especialmente em clientes com histórico de problemas hemorrágicos ou trombocitopenia. No caso da cliente que detém de antecedente pessoal diverticulose, o uso de aspirina pode aumentar o risco de hemorragia no trato digestivo, o que pode piorar os divertículos existentes ou contribuir para o desenvolvimento de hemorragia diverticular. O risco / benefício implicará uma vigilância frequente de sinais/sintomas de hemorragia, assim como dos dados analíticos para despistar eventuais complicações.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Oxigenoterapia [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Débito de oxigénio: 2.00 L/min.

05-11-2024 08:30 - Assegurar oxigenoterapia [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Manter oxigenoterapia [Sem Horário] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Repouso no leito [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Dar banho na cama [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Lavar cavidade oral [SOS/ Após Refeições] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Fazer toalete [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Arranjar o cliente [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Vestir/despir [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

Sondas, Drenos e Cateteres

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Cateter urinário [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Características do dispositivo: Cateter Vesical Foley 2 vias nº 14 Fr.

05-11-2024 08:30 - Quantidade de urina: 100 ml.

05-11-2024 08:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

05-11-2024 08:30 - Transparência da urina: Límpida.

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

TC-CE entrada SU: "Identifica-se ténue hipodensidade cortico-subcortical, frontoparietal insular com discreto apagamento do núcleo lenticular, compatível com área de isquemia precoce em território da artéria cerebral média esquerda. ASPECTS 6. Focos de calcificação parietais e frontal esquerdos, inespecíficos. Leucoencefalopatia isquémica. Espaços de LCR normais para o escalão etário da examinada. Sem desvios da linha média. Amígdalas cerebelosas normalmente posicionadas."

ANGIOTC-CE entrada SU: "Os grandes eixos arteriais endocranianos estão permeáveis. Área de hipodensidade concêntrica, no lúmen da artéria carótida interna esquerda, segmento extracraniano no nível de C2-C3, não se excluindo trombo endoluminal, em planos proximais, calcificações ateromatosas carotídeas. Pequeno aneurisma sacular da bifurcação da artéria cerebral média direita com cerca de 3mm de colo-fundo e 3mm de colo, orientado lateralmente. Placas calcificadas ateromatosas nas bifurcações carotídeas a justificar estenose luminal em cerca de 60% à direita e 50% à esquerda."

Estudo Analítico: Sem anemia (Hb 13.3g/dL). Sem leucocitose (WBC 9.370/uL, N 78%). Plaquetas bem (PLT 152.000/uL). PCR 4.3mg/L. Álcool negativo.

Eletrocardiograma: Ritmo Sinusal, eixo normal, PR normal, QRS estreitos, s/ alterações ST-T sugestivas de isquemia.

Raiox-X Tórax: hipotransparência bibasal compatível com doença pulmonar intersticial já conhecida.

Ecodoppler- Placas ateroscleróticas de ambas as carótidas internas, à esquerda, heteroecogénea, condicionando estenoses de cerca de 70% à esquerda com repercussão hemodinâmica ($V= 190/47$ cm/s, $IC=3.3$). Término da placa não acessível ao exame; à direita de predomínio hiperecogéneo condicionado estenose de cerca de 65-70%, sem repercussão hemodinâmica. Artérias vertebrais sem alterações relevantes.

O Ecodoppler é um exame vascular que permite investigar um possível mecanismo aterotrombótico, constituindo-se como um exame relevante sobre o estudo das artérias possivelmente envolvidas no evento, de preferencia nas primeiras 24 horas. O ecodoppler dos vasos cervicais permite avaliação das artérias carotídeas e vertebrais extracranianas (Grenho & Lourenço, 2012).

Oxigenioterapia - O tecido cerebral é altamente vulnerável à privação de oxigénio e nutrientes, resultando na morte de um número significativo de células a cada minuto de isquemia. A oxigenioterapia consiste na administração de oxigénio em concentrações superiores às do ar ambiente. No AVC, como medidas preconizadas é a manutenção de uma oxigenização adequada, com objetivo de assegurar uma $SPO_2 > 95\%$, com a suplementação de $O_2 > 2l/min$ (Grenho & Lourenço, 2012). A *National Clinical Guideline for Stroke (2023)* corrobora ao sugerir o fornecimento de oxigénio suplementar a clientes que tiveram um AVC apenas se a saturação de oxigênio for inferior a 95%. Esta situação foi possível verificar-se na cliente do caso 1, havendo a necessidade de suporte de oxigénio para SPO_2 alvo de 95%, necessitando para tal de O_2 a 2l/min.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-11-2024 08:30	Força muscular	
05-11-2024 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	07-11-2024 08:30
05-11-2024 08:30	Atitudes terapêuticas	07-11-2024 08:30
05-11-2024 08:30	Alimentar-se	
05-11-2024 08:30	Virar-se	
05-11-2024 08:30	Memória	
05-11-2024 08:30	Metabolismo	
05-11-2024 08:30	Eliminação urinária	
05-11-2024 08:30	Eliminação intestinal	
05-11-2024 08:30	Deglutição	
05-11-2024 08:30	Sistema cardiovascular	
05-11-2024 08:30	Sistema respiratório	
05-11-2024 08:30	Comunicação verbal	

Início	Domínios	Fim
05-11-2024 08:30	Reflexo corneano	
05-11-2024 08:30	Percepção corporal	
05-11-2024 08:30	Visão	
05-11-2024 08:30	Sensações somáticas	
05-11-2024 08:30	Função motora fina	
05-11-2024 08:30	Tónus muscular	
05-11-2024 08:30	Movimento articular	
05-11-2024 08:30	Consciência	
07-11-2024 08:30	Equilíbrio estático	
07-11-2024 08:30	Erguer-se	
07-11-2024 08:30	Transferir-se	
07-11-2024 08:30	Sentar-se	
07-11-2024 08:30	Cuidar da higiene pessoal	
07-11-2024 08:30	Vestir-se ou despir-se	

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

Consciência

A avaliação do estado de consciência assume um papel fundamental na abordagem ao cliente após um AVC, permitindo a deteção precoce de alterações neurológicas e contribuindo para a tomada de decisões clínicas atempadas (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). A avaliação do estado de consciência detém um papel central na observação, uma vez que alterações no nível de consciência podem preceder outras manifestações neurológicas. A gravidade dessas alterações varia de acordo com a extensão da lesão cerebral, podendo classificar-se em diferentes estados: Vígil – consciência plena, com resposta imediata e adequada aos estímulos; Letárgico – estado de sonolência, em que é necessário um estímulo externo intenso para despertar, resultando numa resposta lenta e incompleta; Obnubilado – presença de indiferença aos estímulos, sendo o despertar dificultado; Estuporoso – reação apenas a estímulos dolorosos intensos e contínuos; Comatoso – ausência de resposta voluntária a estímulos, incluindo os dolorosos, embora possam persistir reflexos (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

O AVC isquémico agudo representa uma causa significativa de redução aguda do nível de consciência, estimando-se que até 14% dos casos de coma em estudos conduzidos em contexto de emergência sejam atribuídos a esta condição (Lutz, 2021). A consciência é definida como a resposta mental a estímulos sensoriais, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente envolvente (ICN, 2019). Diferentes subtipos de AVC isquémico podem manifestar-se, através da redução aguda do nível de consciência, sendo a oclusão da artéria basilar a causa clássica desta apresentação clínica (Bacchi et al., 2023). Para além disso, os AVC da circulação anterior, nomeadamente os enfartes hemisféricos extensos ou bilaterais, podem igualmente

comprometer o nível de consciência. Adicionalmente, enfartes isquémicos de menor dimensão na circulação posterior, quando afetam o sistema de ativação reticular, podem conduzir a uma diminuição aguda do estado de consciência (Li et al, 2020). Os clientes com lesão cerebral aguda apresentam um risco acrescido de lesão secundária, decorrente da resposta inflamatória, do edema e da isquemia cerebral resultantes da lesão primária (Tasneem et al., 2017). A deterioração clínica nas primeiras 48 a 72 horas após o início dos sintomas, nomeadamente a alteração do estado de consciência, ocorre mais frequentemente em consequência do edema cerebral do que da progressão da lesão inicial (Boling & Keinath, 2018). Deste modo, a avaliação do estado de consciência assume um papel essencial, uma vez que as suas alterações podem variar desde alterações ligeiras até ao coma, este último representando o estado mais grave (Greenberg, 2018).

Face ao exposto, a avaliação sistemática do estado de consciência no cliente com AVC é essencial para a estratificação do risco, a definição do prognóstico e a orientação das estratégias terapêuticas, reforçando a importância da monitorização rigorosa no contexto da abordagem inicial e do processo de reabilitação destes clientes. A avaliação do estado de consciência em clientes com AVC é fundamental na prática clínica, sendo a Escala de Coma de Glasgow a mais amplamente utilizada para essa finalidade. Esta escala quantifica o nível de consciência com base em três parâmetros: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora, resultando numa pontuação que varia entre 3 e 15 pontos (Menoita et al, 2012). A Escala de Coma de Glasgow consolidou-se como o padrão de referência na avaliação do estado de consciência em clientes neurocríticos. No entanto, apresenta limitações, particularmente na avaliação da componente verbal em clientes com alterações da linguagem, o que pode comprometer a precisão da sua aplicação nestes casos, pelo que se torna fundamental associar à avaliação do estado de consciência à avaliação neurológica (Weir et al, 2003; Wijidikcs, 2003). Diversas escalas foram desenvolvidas para a avaliação neurológica, sendo algumas direcionadas especificamente para clientes com AVC, como é o caso da Escala NIH Stroke Scale (NIHSS). Esta escala, validada e traduzida para português, é muitas vezes utilizada como base no exame neurológico focalizado. A escala detém seis grandes categorias: (1) nível geral de consciência; (2) função visual; (3) capacidades motoras; (4) sensação e desatenção; (5) linguagem e (6) integridade cerebelar. A pontuação obtida na NIHSS vai de 0 a 42 e reflete a gravidade do AVC, sendo que valores mais elevados estão associados a um maior compromisso neurológico (Urden et al 2014; Menoita et al, 2012).

No que concerne ao caso em questão, a consideração deste domínio revelou-se fundamental, uma vez que a cliente apresentava uma alteração do estado de consciência, o que orientou o planeamento dos cuidados a prestar. Ainda que, noutros contextos, não se verifique necessariamente uma alteração do estado de consciência, a inclusão deste domínio mantém-se essencial, atendendo ao processo fisiopatológico do AVC. Dado o risco inerente de deterioração neurológica, torna-se imperativo assegurar uma vigilância contínua do estado de consciência,

permitindo a deteção precoce de quaisquer alterações e a implementação célere de intervenções clínicas dirigidas. Esta monitorização rigorosa é determinante para a prevenção de complicações e para a otimização do prognóstico funcional da cliente em reabilitação.

Força Muscular

A fraqueza dos membros e da face está entre as sequelas mais prevalentes após um AVC, resultando frequentemente em hemiplegia. A alteração da força muscular constitui o principal fator determinante da destreza e da função dos membros superiores, influenciando, igualmente, a realização das atividades da vida diária, o equilíbrio e a marcha. O comprometimento da força muscular deve, portanto, ser o foco principal do tratamento para melhorar o movimento e, subsequentemente, a função física e a atividade (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). A fraqueza ou paralisia constitui o principal défice responsável pela disfunção após um AVC. Esta condição é consequência direta da interrupção da transmissão do sinal entre o córtex motor, responsável pela geração do impulso de movimento, e a medula espinhal, que executa o movimento através da ativação muscular. Como consequência, verifica-se um atraso no início e no término da contração muscular, bem como uma redução na velocidade de desenvolvimento da força muscular, manifestando-se na incapacidade de se mover ou de realizar movimentos rápidos, com impacto funcional significativo (Raghavan, 2015). A avaliação da resposta motora deve englobar a observação da postura dos membros em repouso e a análise dos movimentos espontâneos, aspetos essenciais na monitorização do estado neurológico (Feijó, 2020). A avaliação da força muscular, através da comparação da lateralidade dos membros, constitui um parâmetro fundamental na deteção de défices motores, fornecendo informações relevantes sobre a presença e localização de lesões cerebrais, nomeadamente ao nível do comprometimento contralateral. O grau de fraqueza varia, portanto, consoante a extensão e a localização da lesão cerebral, podendo manifestar-se desde uma ligeira redução da força até uma hemiplegia completa (Lindsay et al., 2010). Aproximadamente 70% das pessoas experimentam perda da função do braço após um AVC, e isso persiste por cerca de 40% (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A parésia facial é uma das disfunções mais comuns em clientes após um AVC, manifestando-se por alterações nos movimentos faciais. A parésia do nervo facial após um AVC resulta em défices funcionais e estéticos, caracterizados por assimetria facial, comprometimento muscular na metade inferior da face, queda do canto da boca, sialorreia, sorriso assimétrico e dificuldades na articulação da fala. Estes défices devem-se à atonia dos lábios, da língua e da faringe, comprometendo significativamente a comunicação e a qualidade de vida do cliente (Konecny et al, 2011). Após um AVC, a paralisia facial é central, caracterizando-se por um comprometimento motor no quadrante inferior da face que é contralateral à lesão cerebral, sendo possível constatar-se um apagamento do sulco nasogeniano do lado afetado e a comissura labial desviada para o lado não afetado, o território superior da face é poupado, com funcionalidade preservada do músculo frontal (Menoita et al, 2012). A perda de força

compromete significativamente a funcionalidade do cliente, afetando a realização das atividades da vida diária, o equilíbrio e a marcha. Assim, a avaliação rigorosa da força muscular pelo EEER é essencial para a definição de intervenções terapêuticas direcionadas à reabilitação neuromuscular, contribuindo para a maximização da recuperação funcional e para a melhoria da qualidade. Clientes com diminuição da força após o AVC devem aprender exercícios ou atividades intensivas, repetitivas e específicas para aumentar sua força (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Os clientes com AVC que não conseguem exercer movimento contra a gravidade de forma independente devem ser considerados para a utilização de adjuvantes ao exercício, como a estimulação funcional, de modo a facilitar a sua participação no treino de exercício (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A escala do Medical Research Council é um instrumento amplamente utilizado para a avaliação da força muscular, permitindo quantificar o grau de contração e a capacidade funcional dos músculos. A graduação da força muscular varia entre 0 e 5, sendo que um valor de 0 corresponde à ausência de contração muscular palpável ou visível, enquanto um valor de 1 indica a presença de contração, embora sem movimento do membro. Um valor de 2 refere-se à capacidade de movimento ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas sem conseguir vencer a gravidade. Já um valor de 3 traduz a realização de movimento contra a gravidade, mas sem resistência adicional. A pontuação de 4 indica que o indivíduo consegue realizar o movimento contra uma resistência moderada, percorrendo toda a amplitude articular, enquanto um valor de 5 representa uma força muscular normal (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Esta avaliação é realizada tendo em conta o máximo esperado para determinado músculo e baseia-se na aplicação de resistência à mobilização ativa. O uso da escala do Medical Research Council é essencial na prática clínica, permitindo não só diagnosticar défices de força muscular, mas também monitorizar a evolução do cliente ao longo do tempo e aferir a eficácia das intervenções terapêuticas. Dada a sua simplicidade e elevada reprodutibilidade, esta escala assume um papel crucial na avaliação neuromuscular, especialmente em contextos de reabilitação, como no acompanhamento de indivíduos com sequelas de AVC (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A escala de House-Brackmann é um instrumento de avaliação amplamente utilizado para determinar o grau de lesão nervosa em casos de paralisia facial, permitindo uma classificação objetiva do défice motor. Esta escala avalia a simetria e o tónus da face em repouso, bem como a função muscular durante o movimento, variando entre o grau I, correspondente a uma função normal e simetria completa, e o grau VI, que reflete uma paralisia total, caracterizada por assimetria em repouso e ausência de movimento (Ordem dos Enfermeiros, 2016). O processo de avaliação inicia-se com a observação da face em repouso, analisando a simetria e o tónus muscular. Posteriormente, solicita-se ao indivíduo que execute uma série de movimentos específicos, incluindo franzir a testa e elevar as sobrancelhas, fechar os olhos de forma normal e com força máxima, enrugando o nariz, sorrir, mostrar os dentes e assobiar. Durante cada um destes movimentos, o avaliador

observa a qualidade da execução, a amplitude do movimento e as diferenças entre os lados esquerdo e direito da face, permitindo uma classificação detalhada do grau de disfunção facial (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Relativamente ao Caso, a cliente apresentava hemiparésia e parésia facial direita, condição que reforçou a importância da consideração deste domínio no planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. A hemiparésia e a parésia facial, resultante do défice neuromotor associado ao AVC, compromete significativamente a mobilidade, a funcionalidade e a independência da cliente, exigindo uma abordagem sistematizada e centrada na recuperação do movimento e na prevenção de complicações secundárias.

Movimento articular

O movimento resulta de uma interação complexa entre as forças geradas pelos músculos, sob o controlo do sistema nervoso central, e os fatores ambientais. Patologias neurológicas, como o AVC, comprometem os mecanismos neuromusculares responsáveis pela produção do movimento (Thomas et al, 2021). Os AVC's que envolvem a artéria cerebral média, comprometem o córtex motor primário e a integridade do trato corticoespinal, pelo que estão associados a défices motores, manifestando-se por fraqueza muscular e redução da coordenação interarticular (Schwarz et al, 2020). A mobilização articular é uma intervenção terapêutica utilizada para otimizar a amplitude de movimento (ADM), reduzir a dor e, conseqüentemente, promover a melhoria funcionalidade (Heiser et al, 2014). Após um AVC, verifica-se uma diminuição da amplitude de movimento (ADM) nas articulações, frequentemente agravada pelo desenvolvimento de contraturas articulares. Esta limitação resulta de diversos fatores, incluindo a redução do comprimento muscular e o aumento da rigidez dos músculos e/ou do tecido conjuntivo. A fim de minimizar estas conseqüências, a mobilização das articulações ao longo de toda a sua amplitude de movimento revela-se uma estratégia essencial na reabilitação (Pollock, 2014). A mobilização articular pode, desta forma, contribuir para a redução da rigidez articular em clientes que sofreram um AVC. Além disso, esta intervenção promove a transmissão de informações aferentes, que podem desempenhar um papel fundamental na facilitação da atividade motora (Kim et al, 2014, Parque & Youn P, 2017).

Sabbah et al, (2020) reforça que a mobilização articular precoce revela-se uma abordagem terapêutica interventiva adequada e eficaz, com potencial para estimular o processo de ativação muscular após um AVC, proporcionando informações proprioceptivas relevantes ao cérebro, pelo que favorece a ativação direta do córtex motor primário e do sistema corticoespinal, contribuindo para a melhoria da atividade motora (Sabbah et al, 2020). A mobilização no cliente com AVC tem como principais objetivos atrasar o aparecimento da espasticidade, estimular a sensibilidade, recuperar ou potenciar a força muscular e preservar a amplitude de movimento articular. A elaboração de um plano de reabilitação com enfoque nas mobilizações deve ser orientada pelas capacidades individuais do cliente, pelas suas limitações

e pelas indicações terapêuticas específicas (Branco & Santos, 2010). As mobilizações podem ser categorizadas em passivas e ativas. As mobilizações passivas correspondem àquelas em que o movimento é induzido por uma força externa, com mínima ou nenhuma contração muscular voluntária (Menoita et al., 2012).

As mobilizações ativas caracterizam-se pela contração voluntária dos músculos, permitindo a execução do movimento sem restrições ou resistências externas. Estas podem ser subdivididas em mobilizações ativas assistidas e mobilizações ativas resistidas. Nas mobilizações ativas assistidas, o movimento é realizado com o auxílio de uma força externa que fornece suporte manual. Por outro lado, nas mobilizações ativas resistidas, uma força externa é aplicada com o propósito de gerar resistência durante a realização do movimento (Menoita et al., 2012). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2016), a goniometria é recomendada como um método instrumental para a avaliação da amplitude articular, permitindo identificar e documentar a presença ou o risco de rigidez articular. O protocolo de avaliação deve incluir a análise do movimento articular, a posição e estabilização da articulação, bem como o alinhamento do eixo e o posicionamento adequado dos braços fixo e móvel do goniômetro.

A cliente deste caso não apresentava limitações funcionais ao nível do movimento articular. No âmbito da ER, a abordagem centrou-se na avaliação detalhada da amplitude articular, ainda que não tenha sido realizada monitorização através de goniometria, bem como na análise da dor associada ao movimento. Esta avaliação permitiu a definição de um plano de cuidados estruturado, direcionado à otimização da funcionalidade dos membro afetados.

Tónus Muscular

O tónus muscular corresponde a um estado de ligeira contração dos músculos voluntários, mesmo em repouso, sendo particularmente acentuado nos músculos responsáveis pela manutenção da postura ereta, designados músculos antigravíticos (Johnstone, 1979). Este tónus resulta do equilíbrio entre a força muscular e a ação da gravidade, permitindo ajustes contínuos do movimento e garantindo uma postura adequada, mesmo contra a força gravitacional (Branco & Santos, 2010). De acordo com Johnstone (1979), os músculos antigravíticos incluem os flexores do antebraço, os depressores do ombro, bem como os extensores do pescoço, do tronco e dos membros inferiores. Após um AVC, o hemisfério afetado caracteriza-se, inicialmente, por uma redução do tónus muscular, designada por hipotonia ou flacidez. No entanto, esta condição tende a ser transitória, evoluindo, na maioria dos casos, para um aumento do tónus muscular. Esta alteração manifesta-se através de uma resistência acrescida ao movimento passivo, frequentemente associada ao desenvolvimento de padrões espásticos (Menoita et al, 2012). O aumento do tónus muscular e o desenvolvimento de espasticidade podem ter um impacto negativo significativo na qualidade de vida relacionada com a saúde, na recuperação do controlo motor, na estrutura e funcionalidade muscular e na realização das atividades da vida diária (Persson et al, 2020). Efetivamente, o aumento anormal

do tônus muscular pode originar espasticidade, a qual, segundo Johnstone (1979), ocorre devido à perda dos mecanismos reflexos posturais no lado afetado, consequência da ausência de controlo cortical. Este défice impede a iniciação do movimento no lado comprometido, resultando num estado de hipertonía dos músculos antigravíticos.

De acordo com o ICNP (2019), espasticidade corresponde a um processo do sistema musculoesquelético comprometido, onde se verifica a contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tônus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados. Lance (1980) define a espasticidade como uma perturbação motora caracterizada por um aumento do tônus muscular dependente da velocidade, associado a hiperreflexia osteotendinosa, resultante da hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, enquanto componente da síndrome do neurónio motor superior (Raghavan, 2015). A sua prevalência tende a aumentar ao longo do tempo após um AVC e encontra-se associada a efeitos secundários como fraqueza muscular e imobilidade dos músculos esqueléticos (Raghavan, 2015).

A espasticidade é observada em vários músculos em simultâneo, em particular, nos músculos mais fortes do corpo, dos quais se destacam os flexores do membro superior e os extensores do membro inferior (Araújo et al, 2021). De acordo com Banco e Santos (2010), a espasticidade surge por consequência à lesão da via piramidal, sublinhando que se instala inicialmente nos segmentos distais e posteriormente nos proximais. Intervenções precoces para reduzir a imobilidade e preservar a amplitude de movimento passiva ou ativamente, apesar da parestesia, podem ser críticas para prevenir a espasticidade e suas complicações resultantes (Raghavan, 2015).

A Escala de Ashworth Modificada é um instrumento amplamente utilizado para a avaliação do tônus muscular e da espasticidade, sendo frequentemente referida na literatura como o Gold Standard para este fim. A sua aplicação baseia-se na realização de mobilizações passivas dos membros, permitindo avaliar a resistência oferecida pelo músculo ao movimento passivo. Esta resistência reflete a presença e a gravidade da espasticidade, contribuindo para um diagnóstico preciso e para a definição das estratégias terapêuticas mais adequadas (Bohannon et al, 1987; Ordem dos Enfermeiros, 2016). A cotação dos resultados é realizada de acordo com uma escala ordinal que varia entre 0 e 4, onde valores mais baixos indicam ausência ou mínima resistência ao movimento e valores mais elevados traduzem um aumento significativo do tônus muscular, com limitação do movimento passivo. Esta avaliação permite não só a monitorização da evolução clínica do cliente ao longo do tempo, como também a aferição da eficácia das intervenções implementadas, possibilitando ajustes no plano terapêutico conforme a resposta individual (Bohannon et al, 1987).

A cliente em análise, na primeira sessão não apresentava alteração do tônus ao nível do membro superior e inferior direito, contudo apresentou um discreto aumento do tônus no

segundo contacto. No contexto da enfermagem de reabilitação, a alteração do tónus muscular foi avaliada de forma sistemática, no sentido de detetar e determinar a presença de uma alteração do tónus e instalação de espasticidade, caracterizada por aumento do tónus dependente da velocidade do movimento. Estas alterações comprometem a funcionalidade, exigindo portanto uma abordagem no processo de reabilitação centrada no controlo do tónus, mobilização precoce e treino motor direcionado para a recuperação da independência da cliente.

Deglutição

A deglutição é um processo sensório-motor altamente complexo, que requer a coordenação de diversos grupos musculares para a propulsão eficiente do bolo alimentar ou líquido desde a cavidade oral até ao estômago, garantindo simultaneamente a proteção das vias aéreas e a minimização de resíduos. O controlo deste processo envolve um circuito neural gerador de padrões localizado na região do bulbo rostral ventromedial da medula espinhal, sendo ainda influenciado por uma ativação cortical e subcortical generalizada, essencial para a preparação do movimento e o processamento sensorial. A deglutição é, deste modo, um processo rápido e altamente coordenado que envolve a participação de 26 pares de músculos, cinco nervos cranianos, bem como o sistema nervoso periférico e central. Embora esta função motora seja realizada sem dificuldade pela maioria das pessoas, tal não se verifica em muitos clientes com AVC (Farpour et al, 2023).

A deglutição é um processo dividido em quatro fases: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica, cada uma com funções específicas para garantir a progressão segura do bolo alimentar até ao estômago (Santos et al, 2023).

Na fase oral preparatória, os alimentos são introduzidos na cavidade oral e misturados com a saliva, promovendo a formação do bolo alimentar. Este processo envolve a mastigação e os movimentos da língua, sendo o músculo bucinador responsável por manter o bolo alimentar no centro da boca. Os lábios permanecem fechados durante a mastigação e os recetores sensoriais asseguram a adequada perceção da posição dos alimentos, prevenindo lesões orais. Durante esta fase, as vias aéreas mantêm-se abertas e a respiração ocorre exclusivamente pelo nariz (Santos et al, 2023).

Na fase oral, o bolo alimentar é posicionado entre a língua e o palato duro, sendo posteriormente propulsionado para a faringe através de movimentos ondulatórios anteroposteriores da língua. A progressão do bolo desencadeia o reflexo de deglutição por estimulação do pilar amigdalino anterior. Para evitar o refluxo nasal, o palato mole eleva-se, interrompendo momentaneamente a respiração nasal. Esta fase, com duração média de um segundo, é controlada pelos pares cranianos V, VII e XII (Santos et al, 2023).

A fase faríngea inicia-se com a entrada do bolo alimentar na faringe, desencadeando o

reflexo de deglutição. Para proteção das vias aéreas, ocorre o encerramento da nasofaringe, a elevação do complexo hilofaríngeo, o fecho das pregas vocais e a inversão da epiglote. A progressão do bolo alimentar ocorre por movimentos peristálticos da faringe, com auxílio da gravidade e da ação dos músculos constritores faríngeos. Simultaneamente, o esfíncter cricofaríngeo relaxa, permitindo a passagem do bolo alimentar para o esófago. Esta fase, com duração aproximada de um segundo, é coordenada pelo nervo glossofaríngeo e pelos pares cranianos V, VII, X e XII (Santos et al, 2023).

Por fim, a fase esofágica consiste na propulsão do bolo alimentar ao longo do esófago até ao estômago, através de movimentos peristálticos. Inicia-se com o relaxamento do esfíncter cricofaríngeo e termina com a entrada do bolo alimentar no estômago, num processo que pode durar entre oito a vinte segundos (Santos et al, 2023).

Lesões decorrentes de um AVC, que afetam o hemisfério cortical, os circuitos de controlo subcorticais ou o tronco encefálico, podem comprometer esta função e resultar no desenvolvimento de disfagia (Jones et al, 2020). A disfagia pode manifestar-se como dificuldade na fase reflexa inicial da deglutição particularmente após um enfarte do tronco cerebral ou acidentes vasculares cerebrais bilaterais. Pode também estar associada a uma perturbação na programação motora, como ocorre na dispraxia da deglutição, ou resultar de uma hipotonia muscular grave unilateral dos lábios e da língua, comprometendo a transferência do bolo alimentar dentro da cavidade oral (Fairfield & Smithard, 2020).

O AVC é uma das principais causas de disfagia, com taxas de incidência de até 80% (Takizawa et al, 2016). A *National Clinical Guideline for Stroke* (2023), corrobora ao afirmar que a disfagia (dificuldade de deglutição associada a alimentos, líquidos e saliva) é comum após AVC agudo com incidência entre 40 e 78%. A evidência científica identifica que atrasos na triagem e avaliação da disfagia estão associados a um risco acrescido de pneumonia associada ao AVC (Schrock et al, 2018). Assim, a identificação precoce da disfagia em clientes com AVC agudo é fundamental. Nos casos em que a triagem inicial identifica a presença de disfagia, recomenda-se uma avaliação especializada da deglutição, que deve incluir a análise da função e cognição do cliente, bem como a utilização de uma variedade de alimentos e líquidos com diferentes texturas (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Os clientes com AVC agudo devem ser submetidos a uma avaliação da deglutição, utilizando um instrumento de rastreio validado, por um profissional de saúde devidamente capacitado, no prazo de quatro horas após a admissão hospitalar e antes da administração de qualquer alimento, líquido ou medicação por via oral (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Consideram-se como fatores que concorrem para a disfagia a alteração da sensibilidade na cavidade oral e na parede faríngea posterior, reflexo velopalatino diminuído ou ausente; aumento do tempo de deglutição (para líquidos ou sólidos); acumulação involuntária

de conteúdo alimentar na cavidade oral; ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição /escape anterior de conteúdo da cavidade oral; movimentos assimétricos dos lábios e da língua; sialorreia; alteração na voz (“voz húmida”) após a deglutição: tosse até três minutos após a deglutição; alteração do estado de consciência e ausência de controlo cefálico (Araújo, et al, 2021).

Dziewas et al (2021) salientam para a relevância da avaliação da atenção e capacidade de cooperação do cliente, procedendo-se posteriormente à análise das estruturas orofaríngeas, incluindo a higiene oral e o estado dentário. São também avaliadas a função dos nervos cranianos envolvidos na deglutição, nomeadamente: Lábios - (VII par craniano - Facial); Mandíbula (V par craniano - Trigêmeo); Língua (XII par craniano - Hipoglosso); Palato Mole e úvula (IX e X pares craniano - Glossofaríngeo/ Vago); Sensibilidade - Toque; Pressão; Temperatura (V; VII; IX pares craniano - Trigêmeo; Facial; Glossofaríngeo). Procedese à avaliação do controlo da saliva e sialorreia, a coordenação entre respiração e deglutição, a tosse voluntária e reflexa, a função e qualidade vocal, a motilidade laríngea, a sensibilidade orofaríngea e a frequência da deglutição espontânea. Posteriormente, realizam-se testes de deglutição com diferentes consistências, geralmente seguindo a sequência de alimentos moles, líquidos e sólidos (Dziewas et al, 2021). Como anteriormente referido, atendendo ao risco de complicações graves associadas à disfagia, como pneumonia por aspiração, desnutrição, desidratação e redução da qualidade de vida, recomenda-se a implementação precoce de estratégias terapêuticas para o seu tratamento (Farpour et al, 2023).

Técnicas comportamentais clássicas têm sido amplamente utilizadas no tratamento da disfagia, sendo classificadas em duas categorias principais: técnicas compensatórias e técnicas de reabilitação. As técnicas compensatórias incluem a modificação da consistência dos alimentos e líquidos, bem como a aplicação de manobras posturais e de deglutição, como a manobra supraglótica e a deglutição forçada. Já as técnicas de reabilitação envolvem a aplicação de estímulos sensoriais e físicos, tais como estimulação térmica tátil e estimulação gustativa ácida (Farpour et al, 2023).

A avaliação da disfagia constitui uma etapa fundamental na abordagem clínica de indivíduos com risco de alterações na deglutição, particularmente após um AVC. O *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) é um instrumento de rastreio amplamente utilizado para esse fim, demonstrando uma elevada sensibilidade de 97% e uma especificidade de 67% na previsão do risco de aspiração (Araújo et al., 2021). O seu principal objetivo consiste na deteção precoce da disfagia e na determinação da dieta mais adequada ao cliente, permitindo uma intervenção atempada e eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2016). O protocolo de aplicação do GUSS estrutura-se em duas fases distintas: uma avaliação indireta e uma avaliação direta. A primeira tem como finalidade analisar parâmetros essenciais à segurança da deglutição, nomeadamente o estado de consciência, a presença de tosse espontânea ou induzida e a capacidade de deglutição da

saliva. Estes aspetos são pontuados e, caso a pontuação obtida se situe entre 1 e 4, considera-se necessário recolher mais dados antes de avançar para a avaliação direta. Quando a pontuação é de 5, procede-se à segunda fase da avaliação, na qual a progressão dos testes é realizada de forma gradual, iniciando-se com a administração de alimentos de consistência mais segura e evoluindo para texturas mais exigentes (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A avaliação direta tem início com a administração de semi-sólidos, utilizando-se água destilada com espessante numa consistência de pudim. O cliente recebe inicialmente meia a um terço de colher, enquanto se monitorizam eventuais sinais de aspiração. Na ausência de alterações, este procedimento é repetido cinco vezes. Posteriormente, procede-se à avaliação com líquidos, administrando-se volumes progressivos de água (3, 5, 10, 20 e, por fim, 50 ml), sendo cada toma acompanhada de uma observação rigorosa para deteção de possíveis sinais de aspiração. Por fim, a avaliação inclui a ingestão de sólidos, nomeadamente pequenos pedaços de pão seco, repetindo-se o processo cinco vezes para avaliar a eficácia da mastigação e da deglutição segura (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A cliente do caso analisado, apresentava alterações na deglutição, com comprometimento específico na deglutição de líquidos. No âmbito da ER, a disfagia constitui um fator de risco significativo para complicações como broncoaspiração, pneumonia aspirativa e desnutrição, exigindo uma abordagem sistematizada e interdisciplinar. A avaliação detalhada da deglutição, realizada através de observação, exame clínico especializado e da aplicação da Escala de GUSS, destacou a necessidade de implementar estratégias compensatórias direcionadas à redução do risco de aspiração. Entre estas estratégias incluíram-se a adaptação da consistência dos alimentos, o treino de técnicas posturais facilitadoras e a estimulação da musculatura orofaríngea, visando a recuperação da função da deglutição e a promoção da autonomia alimentar da cliente.

Mastigação

A mastigação, um processo de preparação dos alimentos antes da deglutição, desempenha um papel crucial nos clientes com AVC que apresentam dificuldades na deglutição. A função mastigatória afeta a ingestão nutricional, o funcionamento físico e a qualidade de vida dos indivíduos, contribuindo significativamente para a sua longevidade e bem-estar (Shu et al 2022). Os clientes com AVC apresentam um desempenho mastigatório comprometido, devido à redução da força da língua e à alteração da sensibilidade oral. Além disso, a assimetria facial é frequente, embora geralmente discreta, e a força de contenção labial encontra-se diminuída. No entanto, a força de mordida não apresenta diferenças significativas entre o lado ipsilesional e o contralesional. Por outro lado, a força de prensão manual no lado contralesional e o contacto língua-palato durante a deglutição encontram-se significativamente comprometidos (Schimmel et al, 2017).

A mastigação é um processo complexo que envolve o controlo motor e sensorial de

múltiplos nervos cranianos. Os músculos mastigatórios são inervados pela divisão mandibular do nervo trigémio (NC V), cujo núcleo motor se localiza na ponte e recebe projeções bilaterais do córtex motor. Atendendo a este padrão de inervação, lesões unilaterais do córtex ou das vias descendentes podem não causar fraqueza dos músculos mastigatórios, embora possam originar contração muscular assimétrica. No entanto, lesões ao nível do núcleo motor do trigémio ou abaixo dele podem resultar em paralisia ipsilateral dos músculos mastigatórios (Norton et al, 2017, Shu et al, 2022).

Shu et al (2022) demonstraram, através de resultados de uma meta-análise, que a força de mordida nos clientes com AVC é reduzida, mas sem diferenças significativas entre os lados ipsilateral e contralateral à lesão, uma vez que ambos são afetados. O desempenho mastigatório, por sua vez, encontra-se significativamente comprometido, apresentando uma redução mais acentuada do que a força de mordida. Tal deve-se ao facto de a mastigação depender não apenas da função motora do trigémio, mas também da coordenação de vários músculos oro-faciais inervados pelos nervos trigémio (V), facial (VII) e hipoglosso (XII). A disfunção mastigatória é exacerbada pela perda de selamento labial e pela redução da pressão da língua, consequências da inervação cruzada dos nervos facial e hipoglosso, que impossibilita uma compensação eficaz pelo hemisfério contralateral em caso de lesão cortical. Adicionalmente, a percepção sensorial oral encontra-se comprometida, dificultando a manipulação dos alimentos na cavidade oral, o que reforça a necessidade de uma intervenção de reabilitação que integre tanto a recuperação motora como a sensorial (Shu et al, 2022).

Os sintomas do AVC variam consoante a localização e gravidade da lesão, sendo o enfarte da artéria cerebral média (ACM) o subtipo mais frequente, afetando as áreas corticais responsáveis pelo controlo motor da face, lábios, mandíbula, língua e faringe. A recuperação da função mastigatória em clientes com AVC pode ocorrer de forma gradual, mas evidencia-se a importância da reabilitação específica para otimizar esse processo (Shu et al, 2022).

Neste caso não apresentava alterações no processo de mastigação. No entanto, dado que este constitui um fator potencialmente concorrente para a disfagia, a sua avaliação revelou-se necessária e pertinente. No âmbito da ER, a análise da mastigação integra a avaliação global da função da deglutição, uma vez que eventuais défices mastigatórios podem comprometer a formação do bolo alimentar e, conseqüentemente, aumentar o risco de aspiração. Assim, a monitorização deste processo permitiu assegurar a integridade das fases iniciais da deglutição.

Reflexo Corneano

O exame neurológico desempenha um papel fundamental na abordagem ao AVC agudo, sendo essencial para a identificação precoce do evento, a avaliação da sua gravidade e a orientação das decisões terapêuticas (Direção Geral da Saúde, 2017b). A avaliação neurológica detalhada, incluindo o exame dos nervos cranianos, é essencial na abordagem ao AVC agudo,

pois permite identificar déficits neurológicos específicos, bem como fornecer informações críticas sobre a localização e extensão da lesão. Face ao exposto, o reflexo córneo-palpebral, consiste num movimento breve e rápido de encerramento das pálpebras, desencadeado por diversos estímulos externos, como luz intensa, aproximação de objetos, ruídos intensos ou estímulos mecânicos na córnea, conjuntiva ou pestanas. Este reflexo constitui um indicador fiável da integridade das vias aferentes do nervo trigémio (VI) e das vias eferentes do nervo facial (VII) (Kofler et al, 2024).

O encerramento palpebral do olho estimulado é designado reflexo córneo-palpebral direto, enquanto o encerramento da pálpebra contralateral corresponde ao reflexo córneo-palpebral consensual. O reflexo consensual refere-se, assim, a qualquer resposta reflexa observada num lado do corpo quando o estímulo é aplicado no lado oposto. Este fenómeno é particularmente evidente na contração pupilar bilateral em resposta à iluminação de apenas um dos olhos. Em humanos, ambas as respostas são consideradas equivalentes, sendo qualquer discrepância entre elas indicativa de patologia neurológica (Kofler et al, 2024).

A cliente do Caso em questão, ao nível do reflexo corneano, apresentava-se sem evidência de compromisso bilateralmente. No entanto, a avaliação deste reflexo, particularmente numa fase aguda, revelou-se fundamental, pois constitui um indicador crucial da integridade neurológica e da deteção precoce de deterioração da mesma. A monitorização deste reflexo é essencial no contexto da enfermagem de reabilitação, permitindo a identificação precoce de alterações que possam comprometer a função sensorial e motora, contribuindo para a definição de estratégias interventivas adequadas e para a otimização do processo de reabilitação.

Eliminação Urinária e Eliminação Intestinal

A perda do controlo vesical e intestinal é uma ocorrência frequente na fase aguda do AVC e pode persistir ao longo do tempo. A incontinência urinária aumenta significativamente o risco de deterioração cutânea e desenvolvimento de úlceras por pressão. Por sua vez, a incontinência fecal está associada a AVCs mais graves e apresenta desafios acrescidos na sua gestão. A obstipação é também uma complicação comum, verificando-se em aproximadamente 55% das pessoas no primeiro mês após o AVC, podendo agravar tanto a incontinência urinária como a fecal (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A incontinência urinária pode afetar 40% a 60% das pessoas internadas no hospital após um AVC, com 25% ainda tendo problemas quando recebem alta hospitalar e 15% permanecem incontinentes após um ano (Thomas et al, 2019). A perceção do enchimento vesical e o início do processo de micção dependem da interação coordenada entre o sistema nervoso, o músculo detrusor, os esfíncteres uretrais e o pavimento pélvico. Qualquer alteração no funcionamento destes componentes pode resultar em incontinência urinária. O controlo da bexiga cheia está intrinsecamente associado à atividade neuronal e à integridade dos órgãos pélvicos (Gray & Moore, 2009).

A incontinência urinária é identificada como uma das possíveis sequelas do AVC, podendo ocorrer devido a alterações estruturais no encéfalo que comprometem o controlo da micção e afetam o funcionamento do sistema urinário. Após um AVC, alguns clientes podem apresentar contrações involuntárias do músculo detrusor e sensação de urgência miccional, resultando, em muitos casos, na incapacidade de contrair voluntariamente o esfíncter externo, o que pode levar a perdas urinárias caso a micção não ocorra rapidamente. Outros podem, inclusivamente, perder por completo a capacidade de contração do esfíncter (Braga et al, 2023).

Assim, torna-se fundamental proceder à avaliação deste domínio, particularmente tendo em conta que a cliente encontrava-se com cateter urinário no primeiro contacto e, no segundo, solicitou assistência para ir ao sanitário. Importa destacar que, em nenhum momento, a mesma manifestou episódios de retenção urinária, obstipação ou incontinência de esfíncteres.

Memória

A memória é uma das funções cognitivas mais complexas do cérebro humano, e desempenha um papel essencial no armazenamento e recuperação de informações adquiridas através da aprendizagem e da experiência. Este processo permite a utilização dessas informações em momentos futuros, contribuindo para a adaptação e o desempenho das atividades diárias. Eventos cerebrovasculares constituem-se como causas para a perda de memória (Maeshima & Osawa, 2021).

Clientes que sofreram um AVC e apresentam défices de memória tendem a manifestar dificuldades na recordação de eventos recentes, preservando, no entanto, a memória imediata. A memória remota, referente a eventos do passado distante, também se mantém relativamente intacta. A perda de memória associada ao AVC pode estar relacionada com desorientação resultante de diferentes tipos de amnésia, sendo a amnésia anterógrada resultante da incapacidade de adquirir ou acumular novas memórias após o episódio de AVC, e amnésia retrógrada, onde o cliente é incapaz de recordar a memória adquirida antes do AVC (Maeshima & Osawa, 2021).

O comprometimento da memória é prevalente no AVC e afeta cerca de 25% a 30% dos clientes de forma aguda, com menor prevalência (9% a 15%) quando mensurado na fase crônica (>6 meses) (O'Sullivan et al, 2023). O ICNP (2019) define memória como um processo psicológico: atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos.

A deterioração da memória no período imediato após um AVC depende, em grande medida, do impacto da lesão cerebral provocada pelo AVC, bem como da presença prévia de doenças neurodegenerativas e vasculares nos sistemas de memória. A longo prazo, a evolução desses défices será determinada pelo equilíbrio entre os mecanismos de recuperação e a

progressão de novas patologias, influenciando se as dificuldades iniciais irão melhorar ou agravar-se (O'Sullivan et al, 2023).

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) foi desenvolvido como um instrumento de rastreio breve para a deteção de disfunção cognitiva ligeira, permitindo uma avaliação abrangente de diferentes domínios cognitivos. Este teste inclui a análise da função executiva, capacidade visuoespacial, memória, atenção, concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial. A sua aplicação tem uma duração aproximada de 10 a 15 minutos, sendo a pontuação máxima de 30 pontos (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A avaliação deste domínio revelou-se essencial para a cliente, particularmente no segundo contacto estabelecido uma vez que a integridade da memória desempenha um papel fundamental, na medida em que influencia diretamente a capacidade do cliente para participar ativamente no processo terapêutico. A memória intacta permite a assimilação e retenção das orientações fornecidas pelo EEER, facilitando a adesão às estratégias de reabilitação, a realização adequada dos exercícios prescritos e a modificação de comportamentos necessários para a recuperação funcional.

Função Motora Fina

Após um AVC, a destreza motora fina pode encontrar-se comprometida, dificultando a execução de movimentos essenciais. Esta limitação deve-se, em grande parte, à hemiparesia resultante da lesão cerebral, que afeta diretamente as capacidades motoras da mão. Esta condição representa uma das principais causas de perda de aptidão profissional, dificuldades de integração social e limitação na realização das atividades de autocuidado (Menoita et al, 2012).

Procedente a um AVC, a adaptação dos movimentos de alcance e preensão encontra-se comprometida, mesmo perante a realização repetitiva de exercícios com a mão afetada (Raghavan, 2015). Esta limitação sugere uma incapacidade dos clientes em perceber eficazmente os erros motores e ajustar o seu comportamento em conformidade. A adaptação motora exige inputs sensoriais específicos, nomeadamente a propriocepção para avaliar as forças musculares utilizadas na elevação de objetos, a sensação tátil para ajustar a força de preensão conforme a textura do objeto e a informação visual para moldar a mão de acordo com o formato do objeto (Raghavan, 2015).

No caso específico desta cliente, devido à hemiparésia do membro superior direito, particularmente na região mais distal, observaram-se alterações significativas neste domínio, tanto na primeira como na segunda sessão. Estas alterações evidenciam a necessidade de uma avaliação contínua da função motora, com o objetivo de desenvolver um plano de cuidados de reabilitação que vise a otimização da funcionalidade do membro afetado.

Sensações Somáticas

A perda sensorial após AVC é uma limitação amplamente reconhecida. As taxas de prevalência descritas na literatura variam, sendo que alguns estudos estimam que até 80% das pessoas apresentam perda ou alteração de diversas sensações somáticas, incluindo tato, propriocepção, temperatura e dor (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A perda sensorial, envolvendo modalidades táteis, proprioceptivas e de ordem superior, é uma ocorrência frequente após um AVC. Esta condição pode estar relacionada com o grau de fraqueza muscular, a gravidade do AVC, a capacidade de mobilidade, a independência nas atividades da vida diária e o processo de recuperação funcional (Tyson et al., 2008). Deficiências sensoriais sem fraqueza motora também podem ocorrer a partir de lesões específicas no córtex parietal (Raghavan, 2015). Efetivamente, a perda sensorial crônica pode influenciar negativamente a função motora, comprometendo a precisão das representações internas das tarefas e/ou dificultando o controlo eficaz da resposta motora. Esta limitação deve-se, essencialmente, à ausência de feedback sensorial adequado sobre as consequências da ação motora, dificultando a adaptação e o ajuste dos movimentos (Raghavan, 2015).

A diminuição da força muscular resulta frequentemente em imobilidade, a qual pode ser considerada uma limitação funcional. A imobilidade pode desencadear um ciclo progressivo de complicações, incluindo alterações nos tecidos moles, redução da complacência tecidual, intensificação dos mecanismos reflexos e desenvolvimento de espasticidade. Estes fatores contribuem para a fibrose muscular, promovendo posturas anómalas dos membros, aumento da dor e comprometimento funcional (Stecco et al., 2014).

Os défices motores, sensoriais e a imobilidade estão associadas a um risco acrescido de dor pós-AVC (Lundstrom et al., 2008). A rigidez do tecido conjuntivo no membro afetado pode ativar terminações nervosas livres e proprioceptores, contribuindo para a perceção da dor (Stecco et al., 2014). A dor é um problema frequente após o AVC e pode ser causada por muitas causas, incluindo dor neuropática, dor musculoesquelética, incluindo espasticidade, e depressão (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A dor no ombro do lado parético é uma complicação frequente após um AVC e está fortemente correlacionada com alterações na articulação do ombro, défices sensoriais ipsilaterais e fraqueza muscular no membro superior (Sousa & Silveira, 2019).

A avaliação da sensibilidade envolve a análise da sensibilidade superficial e profunda. Este exame deve ser realizado num ambiente calmo, minimizando estímulos externos, garantindo a concentração do cliente avaliado. Antes do procedimento, é essencial que o mesmo seja informada sobre os passos a realizar e que mantenha os olhos encerrados para evitar influências visuais na resposta sensorial. A sensibilidade tátil é avaliada utilizando um objeto macio, deslizando-o suavemente sobre a pele. No que concerne à sensibilidade dolorosa pode ser examinada através de diferentes técnicas, como a compressão da massa muscular

do bíceps entre o polegar e o indicador, a pinça da musculatura do trapézio com o polegar e dois dedos adicionais, a aplicação de pressão sobre o sulco do bordo orbital, a compressão da cutícula de um dedo com um objeto pontiagudo ou a estimulação cutânea suave com um alfinete (Branco & Santos, 2010; Menoita et al, 2012).

No contexto deste caso, foi possível determinar após avaliação a existência de alteração da sensibilidade no hemicorpo direito, particularmente ao nível da sensibilidade superficial tátil, devidamente documentada doravante. Mais se acresce a presença de reversão de sinais de sensibilidade no segundo contacto.

Perceção Corporal

A negligência unilateral caracteriza-se pela incapacidade de reconhecer ou responder a estímulos apresentados no lado contralateral ao hemisfério cerebral lesionado, não podendo ser justificada por défices motores ou sensoriais. Esta condição pode surgir na sequência de tumores, traumatismos ou doenças neurodegenerativas; contudo, manifesta-se mais frequentemente após um AVC, particularmente em casos de lesão no hemisfério direito (Zhang et al, 2022).

De acordo com a *National Clinical Guideline for Stroke* (2023), a negligência é uma condição neuropsicológica frequente após um AVC, caracterizada por uma redução ou défice na capacidade de processar informações espaciais. Esta condição tem repercussões significativas no processamento neuropsicológico, incluindo o raciocínio, a codificação e a recuperação da memória, bem como na interação com o meio envolvente. Os clientes com negligência tendem a ignorar estímulos ou a não ter consciência de elementos do seu campo visual (Zhang et al, 2022, *National Clinical Guideline for Stroke*, 2023).

A negligência unilateral manifesta-se, tipicamente, como uma incapacidade de responder ou relatar estímulos apresentados no lado contralesional do espaço. Pode igualmente traduzir-se na dificuldade em iniciar ou completar movimentos dirigidos para esse lado, na incapacidade de relatar, manipular ou evocar informações armazenadas mentalmente, ou ainda na dificuldade em manter o olhar e a postura corporal centrados, evidenciando um desvio para o lado ipsilesional (Esposito et al, 2021).

A desatenção visuoespacial, associada a dificuldades na perceção espacial, pode manifestar-se como uma consciência reduzida de uma parte do próprio corpo ou do ambiente circundante. A negligência visual pode ser classificada como aloclétrica, quando está relacionada com a interpretação de estímulos ambientais, ou egocêntrica, quando envolve o ponto de vista da própria pessoa. É mais prevalente em indivíduos que sofreram um AVC no hemisfério não dominante, geralmente resultando em negligência do lado esquerdo, e em casos de hemianopsia (*National Clinical Guideline for Stroke*, 2023). Os défices causados comprometem as atividades básicas de autocuidado (por exemplo, vestir-se e cuidar da higiene

peçoal), afetam o equilíbrio postural, interferem na capacidade de leitura e dificultam a “navegação” no espaço (por exemplo, evitar obstáculos como móveis ou paredes ao caminhar ou ao utilizar uma cadeira de rodas). Além disso, a negligência unilateral aumenta o risco de quedas e de lesões corporais, bem como a probabilidade de acidentes (Esposito et al, 2021).

Os indivíduos com negligência, muitas vezes, não têm consciência do seu déficit, atrasando a procura de tratamento adequado ou a adoção de estratégias compensatórias. Tal implica abordagens terapêuticas distintas das utilizadas na hemianopsia, onde a compensação visual é mais acessível (Esposito, et al, 2021, National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A prevalência da Negligência Unilateral, de acordo com Esposito et al (2021) varia entre 20% e 80%, dependendo da localização das lesões cerebrais, bem como do tempo decorrido após o AVC. Para os mesmos autores, a negligência unilateral após uma lesão no hemisfério direito é mais prevalente do que após uma lesão no hemisfério esquerdo, sendo a negligência unilateral esquerda geralmente mais grave do que a direita. Este fenómeno poderá estar relacionado com o facto de as redes neurais essenciais para a atenção espacial estarem predominantemente localizadas no hemisfério direito (Esposito et al, 2021). A sua gravidade pode então variar, desde formas mais evidentes, como a incapacidade de desviar o olhar da linha média, até manifestações subtis que apenas se tornam evidentes em tarefas cognitivamente exigentes. A negligência está associada aos sistemas de atenção do cérebro e pode comprometer a capacidade de manter e dividir a atenção, influenciando, tal como enunciado anteriormente, a realização das atividades da vida diária, a recuperação motora e a segurança, devido ao fenómeno de não uso aprendido (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Além da negligência visual, pode também manifestar-se negligência sensorial, na qual a pessoa não tem perceção do tato, da proprioceção ou do movimento de um membro, mesmo na presença de integridade sensorial. Nos casos mais graves, tanto a negligência sensorial como a visual podem coexistir, agravando as dificuldades funcionais do indivíduo (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A Catherine Bergego Scale é um instrumento de avaliação utilizado para identificar a presença de heminegligência e anosognosia em clientes, através da observação direta do seu desempenho de tarefas direcionadas para o autocuidado. A pontuação varia entre 0 e 3, sendo que 0 indica ausência de heminegligência, 1 corresponde a negligência ligeira, 2 a negligência moderada e 3 a negligência grave. Este instrumento possibilita uma avaliação estruturada e sistemática, contribuindo para a identificação precoce da heminegligência e para a definição de estratégias de intervenção adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Araújo et al, 2021).

Relativamente a este domínio foi possível observar na cliente a inexistência de alterações, porém a avaliação deste domínio revela-se essencial na abordagem ao cliente com AVC, mesmo

na ausência de défices evidentes, pois permite identificar pequenas dificuldades na percepção e utilização do lado afetado. No caso da cliente, apesar de não evidenciar sinais de heminegligência, a monitorização contínua desta dimensão revelou-se crucial, uma vez que défices podiam-se manifestar, ainda que, numa fase mais tardia ou serem exacerbados em situações de maior complexidade do ponto de vista funcional, como nos autocuidados a serem realizados realizados pela mesma.

Comunicação Verbal

Mais de 50% das pessoas com AVC apresentam distúrbios da comunicação oral, nomeadamente afasia ou disartria, durante o período de internamento. Destes, cerca de 70% recebem alta hospitalar com dificuldades de comunicação, o que pode contribuir para o isolamento social e para o desenvolvimento de quadros depressivos. Diversos estudos evidenciam uma maior prevalência da associação entre AVC isquémico e distúrbios da comunicação (Goulart et al., 2016).

A comunicação inclui não só a fala (afasia motora, apraxia, disartria), mas também a compreensão (afasia sensitiva), a leitura (alexia) e a escrita (agrafia) (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). A afasia é um distúrbio da linguagem que compromete diversas dimensões da comunicação, incluindo a expressão verbal, a compreensão, a leitura (designada especificamente por alexia) e a escrita (agrafia). Esta condição afeta aproximadamente um terço das pessoas que sofreram um AVC e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos, assim como na dinâmica familiar e no papel dos cuidadores. As consequências da afasia manifestam-se em múltiplas áreas, influenciando o estado emocional, a percepção da própria identidade, o bem-estar geral, as relações interpessoais, o desempenho profissional, o envolvimento em atividades de lazer e a participação social. Além disso, défices na comunicação podem também estar presentes em lesões localizadas no hemisfério cerebral não dominante (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A afasia é uma condição resultante de uma lesão cerebral, geralmente localizada no hemisfério esquerdo, sendo frequentemente provocada por AVC (Schmidt & Fontanesi, 2016). A lesão cerebral associada à afasia pode resultar numa desorganização da linguagem, afetando a capacidade de acesso ao vocabulário, a organização sintática, bem como a codificação e decodificação das mensagens. Consoante o tipo de afasia, o indivíduo pode apresentar dificuldades em diversos domínios, incluindo fluência, compreensão, repetição, nomeação, leitura, escrita, além de possíveis parafasias, agramatismos ou apraxias. As afasias são classificadas em duas categorias principais, de acordo com a fluência da linguagem: fluentes e não fluentes. Dado que estas lesões ocorrem habitualmente no hemisfério esquerdo, podem comprometer áreas motoras essenciais para a articulação da fala, resultando nas afasias não fluentes, que incluem a afasia global, mista, de Broca e transcortical motora. Por outro lado,

as afasias fluentes afetam predominantemente áreas associativas e de compreensão, abrangendo a afasia de Wernicke, de condução e transcortical sensorial (Schmidt & Fontanesi, 2016).

A disartria corresponde a uma disfunção neuromotora da fala, caracterizada por movimentos lentificados, fracos, imprecisos e/ou descoordenados da musculatura envolvida na produção da fala. Este comprometimento pode abranger a respiração, fonação, ressonância e/ou articulação oral, resultando numa redução do controlo muscular que compromete a inteligibilidade da comunicação verbal. Frequentemente, a fala dos indivíduos com disartria é descrita como arrastada ou pouco nítida. Esta condição é prevalente nas fases iniciais do AVC e está frequentemente associada à disfagia (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Salienta-se ainda que alguns clientes que sofreram um AVC apresentam um défice específico e relativamente isolado na capacidade de planejar e executar as múltiplas tarefas motoras orais necessárias para uma fala eficaz, condição designada por apraxia da fala. Esta perturbação está geralmente associada a lesões no hemisfério não dominante, exigindo uma distinção cuidadosa da afasia e da disartria (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

O *Aphasia Rapid Test* (ART) surge como um teste de avaliação rápida da gravidade da afasia, baseado em parâmetros neurológicos habitualmente analisados no contexto do AVC (Tábuas-Pereira et al, 2018). O ART é constituído por seis subtestes que permitem avaliar, em menos de três minutos, quatro parâmetros essenciais no estudo da linguagem: compreensão, repetição, nomeação e fluência do discurso. Inicialmente, solicita-se ao doente a execução de duas ordens simples, com uma pontuação entre 0 e 2, e uma ordem complexa, pontuada de 0 a 3, permitindo a avaliação da compreensão verbal em diferentes níveis de complexidade. Seguidamente, procede-se à avaliação da capacidade de repetição, que inclui três palavras, com uma pontuação de 0 a 6, e uma frase, avaliada entre 0 e 2 pontos. Posteriormente, é testada a nomeação de três objetos de uso comum, com uma pontuação de 0 a 6. No parâmetro da fluência do discurso, atribui-se uma pontuação de 0 a 4 mediante a produção de palavras durante um minuto, através de uma tarefa de fluência verbal semântica. Além destes quatro parâmetros, o teste inclui ainda a avaliação da disartria, com uma pontuação entre 0 e 3. O ART apresenta uma pontuação total que varia entre 0 e 26, sendo que valores mais elevados indicam um pior desempenho linguístico (Tábuas-Pereira et al, 2018).

A cliente manifestava, na primeira sessão, um comprometimento da comunicação expressiva, associado a disartria. Na segunda sessão, observou-se um comprometimento contínuo da comunicação expressiva, particularmente na fluência da linguagem. Este quadro evidenciou a necessidade de uma avaliação detalhada e intervenção precoce neste domínio, dado o impacto significativo da comunicação no processo de reabilitação e na qualidade de vida da cliente. A monitorização da evolução da linguagem e da fala é essencial para a definição de estratégias terapêuticas individualizadas, com o objetivo de melhorar a expressão e compreensão, promovendo a autonomia e a integração social da cliente em reabilitação.

Visão

A perda visual pode representar uma das sequelas mais incapacitantes após um AVC, para além disso, perturbações visuais transitórias podem constituir um sinal de alerta para a ocorrência de mesmo, sendo fundamental uma avaliação imediata aquando do aparecimento destes sintomas. A deteção precoce de alterações visuais pode desempenhar um papel crucial na prevenção de futuras lesões vasculares, permitindo uma intervenção atempada e a implementação de medidas terapêuticas adequadas (Pula & Yuen, 2017). As alterações visuais são frequentes após um AVC e podem impactar significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Estas alterações incluem défices na acuidade visual, perda do campo visual – como a hemianopsia –, e perturbações dos movimentos oculares, resultando em manifestações como diplopia, nistagmo, visão turva e défices na perceção de profundidade (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Uma das principais consequências do AVC no sistema visual é a hemianopsia, uma condição na qual há perda de metade do campo visual em um ou ambos os olhos. A hemianopsia homónima é a mais comum e ocorre quando a lesão afeta as vias ópticas retroquiasmáticas, levando à perda do campo visual contralateral à lesão cerebral, ou seja, um AVC no hemisfério direito pode resultar em hemianopsia homónima esquerda e vice-versa (Pula & Yuen, 2017). Esta condição tem um impacto significativo na funcionalidade do cliente, comprometendo atividades como leitura, condução e mobilidade, aumentando o risco de quedas e dificultando a perceção espacial. Efetivamente, a hemianopsia pode ser completa ou parcial, dependendo da extensão da lesão cerebral.

De acordo com Pula & Yuen (2017), alguns clientes apresentam hemianopsia com preservação macular, o que significa que a visão central não é totalmente afetada, facilitando a compensação visual. No entanto, muitos clientes apresentam dificuldades na exploração visual e na perceção do espaço ao lado afetado, o que pode levar a comportamentos como negligência visual, onde o cliente não percebe estímulos no lado comprometido (Pula & Yuen, 2017). Porém, distúrbios perceptivos, como agnosia visual e negligência devem ser diferenciados das deficiências visuais (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Além da hemianopsia, o AVC, tal como referido anteriormente, pode causar outras alterações visuais, incluindo: quadrantanopsia: perda de um quadrante do campo visual, dependendo da região afetada da via óptica; diplopia (visão dupla): pode ocorrer devido a paralisia dos nervos cranianos que controlam os músculos extraoculares; nistagmo: movimentos involuntários dos olhos, frequentemente associados a lesões do tronco cerebral ou cerebelo e síndrome do olhar conjugado: dificuldade em mover os olhos de forma coordenada para um determinado lado, causada por lesões em áreas que controlam os movimentos oculares (Pula & Yuen, 2017). As alterações visuais após o AVC afetam diretamente a autonomia, segurança e confiança dos indivíduos, podendo comprometer atividades da vida diária, a mobilidade e a

interação social. Assim, a sua identificação precoce e a implementação de estratégias de compensação devem constituir uma prioridade para a equipa multidisciplinar. A reabilitação pode envolver a adaptação do ambiente, treino de compensação visual e uso de auxiliares óticos para maximizar a funcionalidade (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

No primeiro contacto foi identificada a presença de uma hemianopsia homónima à esquerda, o que tornou a função visual um domínio fundamental nas avaliações neurológicas deste caso. Esta alteração visual, resultante de lesões cerebrais, pode comprometer significativamente a capacidade de orientação espacial e a realização de atividades de vida diária, sendo, por isso, essencial para o planeamento de cuidados de reabilitação. A monitorização contínua da função visual e a implementação de estratégias compensatórias adequadas revelaram-se fundamentais para maximizar a autonomia e a segurança da cliente no processo de recuperação.

Sistema Respiratório

A monitorização contínua das vias aéreas e da função respiratória é fundamental na pessoa com AVC isquémico agudo, uma vez que mesmo alterações mínimas no nível de consciência podem comprometer a permeabilidade das vias aéreas e a eficácia da ventilação, tornando necessária uma intervenção imediata (Boling & Keinath, 2018). Face ao exposto, o processo respiratório, enquanto função corporal, refere-se à troca contínua de oxigénio e dióxido de carbono nos pulmões, fundamental para a oxidação celular. Este processo é regulado pelos centros cerebrais da respiração, pelos recetores brônquicos e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão (ICNP, 2019).

No âmbito da ventilação, é essencial avaliar diversos parâmetros, tais como a frequência, ritmo, simetria dos movimentos respiratórios, profundidade da ventilação, utilização dos músculos acessórios, saturação periférica de oxigénio (SpO₂%), auscultação dos sons pulmonares, coloração das mucosas e possíveis manifestações de dispneia, bem como a utilização de dispositivos auxiliares da ventilação. Relativamente à limpeza das vias aéreas, deve ser considerada a eficácia do reflexo de tosse, a presença e características de secreções (quantidade, consistência e coloração), a existência de sons respiratórios anómalos e o uso de dispositivos que facilitem a eliminação de secreções, tal como preconizado pelo Guia Orientador de Boas Práticas: Reabilitação Respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A cliente apresentava, como antecedentes pessoais relevantes, fibrose pulmonar, o que torna a consideração deste domínio particularmente pertinente no contexto da enfermagem de reabilitação. A fibrose pulmonar resulta num padrão ventilatório restritivo e numa troca gasosa comprometida, conduzindo à hipoxemia durante os esforços e, em muitos casos, à limitação funcional (Miozzo et al, 2023). Embora que, do ponto de vista respiratório, a cliente se encontrasse eupneica com aporte de oxigénio a 2l/min, com respiração normal, mista, simétrica, sem sinais de dificuldade respiratória ou uso de musculatura acessória, tornou-

se fundamental considerar, sempre que necessário, intervenções que promovessem a otimização da função respiratória. Essas intervenções tendo como foco no alívio dos sintomas respiratórios e na prevenção de complicações, com uma abordagem centrada no bem-estar da cliente ao longo do processo de reabilitação.

Sistema Cardiovascular

O controlo da pressão arterial assume um papel fundamental na abordagem ao cliente com AVC isquémico agudo, dado que valores elevados podem aumentar o risco de transformação hemorrágica e/ou agravar o edema cerebral (Boling & Keinath, 2018). A prevenção das complicações cardiovasculares centra-se na implementação de medidas de suporte que minimizem a lesão cerebral secundária, destacando-se a manutenção da pressão de perfusão cerebral (PPC), a otimização da oxigenação tecidual e o controlo do edema cerebral. Para tal, torna-se essencial um rigoroso controlo da pressão arterial (Jha et al., 2018).

Nos clientes submetidos a trombólise, um controlo inadequado da pressão arterial tem sido associado a um aumento significativo do risco de hemorragia, bem como a uma maior taxa de mortalidade e morbidade. Clientes com AVC isquémico agudo, de outra forma elegíveis para tratamento com trombólise, devem ter sua pressão arterial reduzida para menos de 185/110 mmHg antes do tratamento (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). A evidência demonstra que a redução da pressão arterial para valores inferiores a 180/110 mmHg antes do procedimento trombólítico e durante as 24 horas subsequentes está associada a uma diminuição do risco de hemorragia e a melhores desfechos clínicos (Boling & Keinath, 2018).

A cliente apresentava, como antecedentes pessoais relevantes, hipertensão arterial, condição que necessita de monitorização contínua, no contexto do processo de reabilitação.

Metabolismo

O metabolismo cerebral depende essencialmente do oxigénio e da glicose, sendo que, em situações de privação, as reservas de glicose se esgotam rapidamente. Durante a fase aguda do AVC, caracterizada por um elevado stress metabólico e um aumento do consumo energético, torna-se fundamental assegurar um controlo rigoroso da glicemia e prevenir episódios de hipoglicemia. Paralelamente, a hiperglicemia aguda tem sido associada a um agravamento da lesão neuronal, uma vez que contribui para a redução do fluxo sanguíneo cerebral e, conseqüentemente, para um aumento da produção de lactato no tecido encefálico (Stacy & Burke, 2021). Assim, recomenda-se a manutenção da normoglicemia nos clientes que sofreram um AVC (Powers et al., 2019).

No caso da cliente em questão, manteve-se a normoglicemia. No entanto, atendendo à recomendação supramencionada, considera-se este domínio relevante no processo de reabilitação, uma vez que o controlo glicémico adequado é essencial para otimizar a recuperação funcional e prevenir complicações associadas, como a deterioração da

função nervosa.

Autocuidado: Virar-se / Vestir-se/despir-se/ Alimentar-se / Cuidar da Higiene Pessoal

Após o AVC os indivíduos frequentemente apresentam limitações nas suas capacidades funcionais e no desempenho das atividades de vida diária (AVD), comprometendo a sua autonomia. Estas dificuldades podem resultar na necessidade contínua de apoio por parte de cuidadores ou, em alguns casos, levar à institucionalização (Branco & Santos, 2010; Menoita et al, 2012). De acordo com ICNP (2019) o autocuidado é definido como a capacidade do cliente de realizar, por si próprio, atividades essenciais para a sua manutenção, funcionalidade e bem-estar. Inclui a gestão das suas necessidades básicas, íntimas e das atividades de vida diária. O treino das AVD desempenha um papel essencial na promoção do autocuidado, englobando diversas componentes e estratégias específicas para a realização das tarefas. Em determinados casos, torna-se necessário recorrer a ajudas técnicas ou produtos de apoio, tais como barras de suporte, assentos sanitários adaptados, materiais antiderrapantes, pinças, vestuário funcional, bem como copos e talheres adaptados. Estas adaptações permitem uma execução mais autónoma das atividades, proporcionando maior conforto, reduzindo o esforço físico e a dor, além de otimizar o gasto energético (Menoita et al, 2012, Matos & Simões, 2020).

O Índice de Barthel é um instrumento utilizado para avaliar o nível de independência funcional de um indivíduo na realização de atividades básicas da vida diária, englobando dez domínios específicos: alimentação, higiene pessoal, utilização dos sanitários, banho, vestuário, controlo de esfíncteres, deambulação, transferência entre a cadeira e a cama, assim como a capacidade de subir e descer escadas. Este índice, desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, utiliza uma escala de pontuação que varia entre 0 e 100, com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima de zero indica uma dependência total em todas as atividades avaliadas, enquanto a pontuação máxima de 100 reflete uma independência completa para a execução dessas mesmas atividades (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação desenvolvido com base na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial da Saúde, publicada em 1980. A sua finalidade consiste em diagnosticar o grau de capacidade ou incapacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o desempenho individual e a necessidade de assistência para a realização de diversas tarefas motoras e cognitivas da vida diária, bem como monitorizar a evolução do doente ao longo dos programas de reabilitação.

A MIF é composta por 18 itens, distribuídos por diferentes domínios funcionais: seis itens referem-se ao autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior do corpo, vestir a metade inferior do corpo e utilização do sanitário), dois ao controlo de esfíncteres (controlo de urina e fezes), três à mobilidade e transferências (leito, cadeira ou cadeira de rodas, sanitário, banheira ou chuveiro), dois à locomoção (marcha ou utilização de cadeira de

rodas e escadas), dois à comunicação (compreensão e expressão) e três à cognição social (interação social, resolução de problemas e memória). A pontuação é atribuída de acordo com o grau de dependência do doente, variando entre 7, que corresponde a independência completa, e 1, que representa dependência total, em que o cliente necessita de substituição integral na execução da tarefa. Pontuações intermédias incluem independência modificada (6), necessidade de supervisão (5), necessidade de ajuda mínima, em que o doente realiza mais de 75% da tarefa (4), necessidade de ajuda moderada, quando executa mais de 50% da tarefa (3), e necessidade de ajuda máxima, em que consegue realizar mais de 25% da tarefa (2). A escala pode ser dividida em duas subescalas: a motora, que integra 13 itens relacionados com autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade, transferências e locomoção, e a cognitiva, composta por cinco itens relativos à comunicação e cognição social. A pontuação total da escala varia entre um mínimo de 18 pontos, que indica dependência total, e um máximo de 126 pontos, correspondente a independência funcional completa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Embora a Medida de Independência Funcional (MIF) tenha sido inicialmente desenvolvida para responder a lacunas identificadas no Índice de Barthel, nomeadamente no que concerne à avaliação de áreas motoras e cognitivas, estudos subsequentes demonstraram que ambos os instrumentos apresentam propriedades psicométricas semelhantes (Paixão & Reichenheim, 2005). A escolha entre um e outro depende das necessidades específicas da avaliação, dos objetivos da reabilitação e da complexidade do quadro clínico da pessoa. O índice de Barthel, por ser um instrumento de aplicação mais simples, é frequentemente utilizado em avaliações rápidas e focadas em atividades básicas da vida diária. Por outro lado, quando a avaliação exige uma abordagem mais abrangente, incluindo domínios motores e cognitivos, a MIF revela-se mais adequada devido ao seu carácter detalhado. Em alguns casos, ambos os instrumentos podem ser aplicados em simultâneo, proporcionando uma avaliação mais completa da independência funcional da pessoa (Paixão & Reichenheim, 2005).

No que concerne à cliente, a mesmo no primeiro contacto apresentava dificuldades na realização do autocuidado, em parte devido à restrição ao leito, pelo que evidenciava um quadro de dependência que exigia compensação total no autocuidado relacionado com tomar banho, arranjar-se, vestir-se e despir-se, e compensação parcial no alimentar-se e virar-se. Na segunda sessão, verificou-se uma melhoria funcional, sendo necessária compensação parcial nas atividades de cuidar da higiene pessoal, vestir-se e despir-se, utilizar o sanitário, erguer-se e transferir-se. Este domínio revelou-se particularmente relevante para a intervenção do EEER.

Pele e Mucosas

Após um AVC, muitos clientes apresentam-se com vários graus de deficiência física, o que pode reduzir sua capacidade de mudar de posição e postura. O posicionamento terapêutico, seja no leito, cadeira ou cadeira de rodas, visa reduzir os danos à pele, edema dos membros,

dor ou subluxação nos ombros e desconforto, além de maximizar a função e manter o comprimento dos tecidos moles (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Os clientes que sofreram um AVC apresentam um risco aumentado de desenvolver úlceras por pressão, devido à presença de múltiplos fatores predisponentes, tais como défices na mobilidade, alterações na sensibilidade e incontinência urinária (Menoita et al, 2012).

No que concerne à cliente, embora evidenciasse integridade cutânea, razão pela qual o domínio não foi identificado, a vigilância da mesma revelou-se essencial na medida em que apresentava limitações no autocuidado, nomeadamente na capacidade para se virar de forma independente. A imobilidade prolongada e a pressão sustentada sobre proeminências ósseas aumentam significativamente o risco de lesões por pressão. A posicionamento terapêutico frequente, e a hidratação da pele constituíram intervenções regulares pelo EEER.

Equilíbrio Estático e Dinâmico

De acordo com o National Clinical Guideline for Stroke (2023) diversos clientes apresentam dificuldades de equilíbrio após um AVC, sobretudo devido à fraqueza dos membros inferiores. No entanto, o controlo reduzido do tronco, as alterações sensoriais, as dificuldades na realização de tarefas duplas e as alterações na perceção da verticalidade podem igualmente contribuir para este défice. Efetivamente, um dos problemas mais prevalentes e graves entre indivíduos que sofreram um AVC é o comprometimento do equilíbrio, acompanhado pelo aumento do risco de quedas.

Estima-se que cerca de 40% das pessoas experienciem uma queda no primeiro ano após o AVC. As quedas estão associadas a diversas consequências físicas e psicológicas negativas, incluindo lesões, perda de independência e medo de cair (Pérez, 2021).

A função dos músculos do tronco revela-se fundamental para a manutenção do equilíbrio, a realização de transferências, a marcha e outras atividades funcionais. Entre os défices mais comuns no equilíbrio e no controlo postural destacam-se a distribuição assimétrica do peso, com predomínio na perna não afetada, a redução dos limites de estabilidade e a presença de ajustamentos posturais antecipatórios comprometidos (Hugues et al., 2019). A maioria dos clientes que sofreram um AVC apresenta dificuldades de equilíbrio estático e dinâmico durante atividades em posição sentada e em pé, devido ao défice de controlo postura (Amala & Chippala, 2024).

Face ao exposto, o equilíbrio postural corresponde à posição na qual se alcança uma distribuição otimizada da massa corporal, proporcionando estabilidade e favorecendo a funcionalidade do corpo, tanto em posição estática como em movimento. O controlo postural constitui uma competência sensório-motora complexa, na qual a orientação corporal se fundamenta na representação interna do esquema corporal, resultante da interação entre múltiplos processos sensório-motores, que envolvem componentes periféricos e centrais

dos sistemas visual, somatossensorial e vestibular (Paolucci et al, 2021).

Num sistema nervoso sem compromisso, o controlo supraespinal descendente regula a atividade reflexa espinal. No entanto, após lesões resultantes de um AVC essa regulação é interrompida, e conseqüentemente, observa-se uma alteração do limiar da via do reflexo de estiramento, bem como adaptações reflexas comprometidas em indivíduos que sofreram um AVC (Liang, et al, 2021). Neste contexto, o déficit de equilíbrio pode aumentar o risco de quedas, reduzir a confiança do cliente na sua mobilidade, comprometer a independência funcional, limitar a atividade e a participação, resultando em impactos negativos na qualidade de vida (Sambe et al, 2022).

A Escala de Equilíbrio de Berg (BBS - Berg Balance Scale) é um instrumento amplamente utilizado para a avaliação do equilíbrio funcional, tanto estático como dinâmico, em adultos e idosos. Além de quantificar o desempenho do equilíbrio, esta escala permite a predição do risco de queda, contribuindo para a identificação de indivíduos em maior vulnerabilidade e para a definição de intervenções preventivas (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A BBS é composta por 14 tarefas funcionais específicas, de dificuldade progressiva, que avaliam diversas capacidades motoras essenciais para a realização das atividades da vida diária. Entre estas encontram-se: transição da posição sentada para a posição de pé, permanência em pé sem apoio, permanência sentada sem apoio, transferência entre diferentes superfícies, manutenção do equilíbrio em pé com os olhos fechados, equilíbrio com os pés juntos, alcance de um objeto à frente enquanto permanece em pé, recolha de um objeto do chão, rotação do tronco para olhar para trás sobre ambos os ombros, giro de 360 graus, posicionamento alternado dos pés num degrau, permanência em pé com um pé à frente e apoio unipodal (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A avaliação é realizada através de uma escala ordinal de cinco níveis, atribuindo-se pontuações de 0 a 4 consoante a capacidade do indivíduo para executar a tarefa de forma independente e dentro do tempo previsto. O somatório das pontuações obtidas nas 14 tarefas resulta num valor total que pode atingir um máximo de 56 pontos. Neste contexto, pontuações mais elevadas indicam melhor equilíbrio e menor risco de queda, enquanto pontuações reduzidas sugerem maior instabilidade postural e risco aumentado de quedas (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No primeiro contacto, a avaliação do equilíbrio corporal não foi realizada, uma vez que a cliente não apresentava indicação clínica para realizar o levante para o cadeirão, devido à presença de placas ateroscleróticas em ambas as carótidas internas, conforme identificado através de ecodoppler. Em particular, à esquerda, foram observadas estenoses com repercussão hemodinâmica, o que motivou a manutenção da atitude terapêutica de repouso no leito. No segundo contacto, observou-se um comprometimento do equilíbrio estático em bipedestação. A avaliação do equilíbrio dinâmico foi excluída, dado que não havia segurança atendendo ao comprometimento do equilíbrio estático. Esta situação exigiu uma abordagem cautelosa e monitorizada, com enfoque na estabilização clínica e na adaptação do

plano de cuidados para garantir a segurança e a prevenção de complicações durante o processo de reabilitação.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Consciente.

05-11-2024 08:30 - Consciência comprometida [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

07-11-2024 08:30 - Abertura dos olhos: espontânea [MELHOROU].

05-11-2024 08:30 - Resposta verbal: confusa.

07-11-2024 08:30 - Resposta verbal: orientada [MELHOROU].

05-11-2024 08:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples.

07-11-2024 08:30 - Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

05-11-2024 08:30 - Reflexo pupilar

05-11-2024 08:30 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

07-11-2024 08:30 - Reflexo pupilar

07-11-2024 08:30 - Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

05-11-2024 08:30 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

07-11-2024 08:30 - Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da consciência [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da consciência [Sem Horário] [FIM]

07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [SOS]

[FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Dar banho na cama [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Vestir/despir [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Fazer toalete [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Arranjar o cliente [Manhã] [FIM] 07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Consciente.

07-11-2024 08:30 - Determinar sinais de alteração da consciência

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem

Horário]

Força muscular

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Força - contração muscular

05-11-2024 08:30 - Braço Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

05-11-2024 08:30 - Braço Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.

05-11-2024 08:30 - Face Direita(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial.

05-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.

05-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

05-11-2024 08:30 - Pálpebra Direita(o): sem ptose.

05-11-2024 08:30 - Pálpebra Esquerda(o): sem ptose.

05-11-2024 08:30 - Paresia

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da força muscular

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/turno]

05-11-2024 08:30 - Melhorar força muscular

05-11-2024 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [Manhã /tarde]

05-11-2024 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã /tarde]

05-11-2024 08:30 - Executar técnica de mobilização dos músculos da face [Manhã /Tarde]

05-11-2024 08:30 - Executar técnicas de estimulação da face [Manhã /Tarde]

05-11-2024 08:30 - Executar Massagem dos músculos da face [Manhã /Tarde]

07-11-2024 08:30 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Instruir exercícios isométricos (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar exercícios isométricos (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Força - contração muscular

07-11-2024 08:30 - Face Direita(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência [MELHOROU].

07-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.

07-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

07-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

07-11-2024 08:30 - Braço Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Braço Direita(o): movimento ativo se eliminada a gravidade [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research) Membro Superior Escápulo-Umeral: Flexão - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Extensão - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Abdução - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Adução - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Rotação Interna - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Rotação Externa - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Cotovelo: Flexão - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Extensão - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Antebraço: Supinação -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Pronação -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Punho: Flexão -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Extensão -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Desvio Radial -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Desvio Cubital -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Circundação -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Dedos da Mão: Flexão - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Extensão - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Abdução - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Adução - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Circundação -Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Oponência da Polegar - Direito 3/5 Esquerdo 5/5 Membro Inferior Coxo-femoral: Flexão - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Extensão - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Abdução - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Adução - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Rotação Interna - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Rotação Externa - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Joelho: Flexão - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Extensão - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Tibio-társica: Flexão Plantar- Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Flexão Dorsal- Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Dedos do pé: Flexão - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Extensão - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Abdução - Direito 4/5 Esquerdo 5/5 Adução - Direito 4/5 Esquerdo

5/5

07-11-2024 08:30 - Avaliação da Face Segundo Escala de House - Brackmann Grau 3 (Disfunção moderada) - Parestesia evidente mas não desfigurante; fecha o olho mas com grande esforço; boca com desvio evidente e sem espasmos e contraturas evidentes.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar a capacidade para executar

exercícios musculares da face

07-11-2024 08:30 - Instruir exercícios musculares da face [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar exercícios musculares da face [Manhã/Tarde]

Movimento articular

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Articulação

05-11-2024 08:30 - Antebraço Direita(o): Supinação.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Antebraço Direita(o): Pronação.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Abdução.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Adução.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Extensão.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Adução.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Desvio radial.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.
05-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.

05-11-2024 08:30 - mobilidade articular total.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da mobilidade articular

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da mobilidade articular [1x/turno]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Articulação

07-11-2024 08:30 - Antebraço Direita(o): Supinação.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Antebraço Direita(o): Pronação.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Abdução.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Adução.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Adução.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Direita(o): Desvio radial.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].
07-11-2024 08:30 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
07-11-2024 08:30 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Tónus muscular

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Tónus

05-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

05-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

05-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

05-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

05-11-2024 08:30 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Tônus

07-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o): ligeira resistência muscular ao movimento passivo [PIOROU].

07-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução do tônus muscular

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução do tônus muscular (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [1x/turno]

05-11-2024 08:30 - Referenciar espasticidade ao médico [SOS]

07-11-2024 08:30 - Espasticidade

07-11-2024 08:30 - Evitar agravamento da espasticidade

07-11-2024 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo (Membro superior Direita(o)) [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Direita(o)) [Manhã /tarde]

07-11-2024 08:30 - Posicionar em padrão anti-espástico (Membro superior Direita(o)) [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Aplicar ortótese estática de alongamento (Membro superior Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Executar massagem (Membro superior Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Aplicar calor (Membro superior Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Aplicar frio (Membro superior Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar

exercícios músculo-articulares

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares [Sem Horário]

Função motora fina

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Destreza manual

05-11-2024 08:30 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade.

05-11-2024 08:30 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

05-11-2024 08:30 - Função motora fina comprometida

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da função motora fina

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da função motora fina (Direita(o)) [1x/turno]

07-11-2024 08:30 - Promover adesão: treino da função motora fina

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios da função motora fina

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina (Direita(o)) [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir exercícios da função motora fina (Direita(o)) [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar a função motora fina (Direita(o)) [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Destreza manual

07-11-2024 08:30 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Coordenação Motora: Com algumas alterações devido à força muscular diminuída no hemisfério direito. Consegue executar prova dedo-nariz e calcanhar joelho com o lado não afetado sem alterações.

Equilíbrio estático

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

07-11-2024 08:30 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

07-11-2024 08:30 - Equilíbrio estático comprometido

07-11-2024 08:30 - Determinar evolução do equilíbrio estático

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Melhorar equilíbrio estático

07-11-2024 08:30 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Assistir no treino do equilíbrio [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30 - Prevenir queda

07-11-2024 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover autogestão: prevenção de quedas

07-11-2024 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir o treino do equilíbrio estático [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar equilíbrio estático [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático [Sem Horário]

Sensações somáticas

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Sem manifestação de prurido.

05-11-2024 08:30 - Sensibilidade superficial

05-11-2024 08:30 - Face Direita(o)

05-11-2024 08:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

05-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o)

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

05-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)

- 05-11-2024 08:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
- 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
- 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Mão Direita(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Pé Direita(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Face Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Pé Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 05-11-2024 08:30 - Sensibilidade profunda
 - 05-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 05-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 05-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 05-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 05-11-2024 08:30 - Mão Direita(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 05-11-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)
 - 05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

05-11-2024 08:30 - Pé Direita(o)

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

05-11-2024 08:30 - Pé Esquerda(o)

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

05-11-2024 08:30 - Sem manifestação de dor.

05-11-2024 08:30 - Determinar sinais de dor

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [Sem Horário]

05-11-2024 08:30 - Sensibilidade comprometida [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Determinar evolução da sensibilidade

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da sensibilidade (Face Direita(o), Face Esquerda(o), Pé Esquerda(o), Pé Direita(o), Mão Esquerda(o), Mão Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o)) [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico [SOS]

05-11-2024 08:30 - Melhorar sensibilidade [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Executar estimulação da sensibilidade tátil (Face Direita(o), Pé Direita(o), Mão Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

[Manhã /tarde] [FIM] 07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Sensibilidade superficial

07-11-2024 08:30 - Face Direita(o)

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

07-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o)

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

07-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

07-11-2024 08:30 - Mão Direita(o)

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

07-11-2024 08:30 - Pé Direita(o)

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

07-11-2024 08:30 - Face Esquerda(o)

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

- 07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
07-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
07-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
07-11-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
07-11-2024 08:30 - Pé Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
07-11-2024 08:30 - Sensibilidade profunda
07-11-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Mão Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Pé Esquerda(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Membro inferior Direita(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Membro superior Direita(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Mão Direita(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
07-11-2024 08:30 - Pé Direita(o)
07-11-2024 08:30 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

Visão

05-11-2024 08:30

- 05-11-2024 08:30 - Acuidade visual
05-11-2024 08:30 - Direita(o): perda parcial aguda.
05-11-2024 08:30 - Esquerda(o): sem compromisso.

05-11-2024 08:30 - Visão comprometida

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da visão

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da visão (Direita(o)) [1x/turno]

05-11-2024 08:30 - Executar exercícios compensatórios visuais [Manhã /Tarde]

07-11-2024 08:30 - Prevenir queda

07-11-2024 08:30 - Orientar o cliente no ambiente físico [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover autogestão: prevenção de quedas

07-11-2024 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico

07-11-2024 08:30 - Ensinar sobre promoção da orientação no ambiente físico [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Acuidade visual

07-11-2024 08:30 - Direita(o): perda parcial aguda.

07-11-2024 08:30 - Esquerda(o): sem compromisso.

Perceção corporal

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Perceção do corpo

05-11-2024 08:30 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

05-11-2024 08:30 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Perceção do corpo

07-11-2024 08:30 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior [MANTEVE].

Reflexo corneano

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Integridade do reflexo corneano

05-11-2024 08:30 - Bilateral: sem compromisso.

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Integridade do reflexo corneano

07-11-2024 08:30 - Bilateral: sem compromisso [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Avaliação de Pares cranianos: Olfativo (I)- identifica o cheiro a canela nas duas narinas, separadamente, com os olhos fechados; Ótico (II) - Hemienopsia homonina direita; Oculomotor (III); Troclear (IV); abducente (VI) - Mantida, olhar preferencial para a esquerda; Trigémio (V) - hemihipostesia direita; Facial (VII) - Parésia Facial Central Direita; Acústico (VIII) - audição simétrica na voz pronunciada em tom normal; Glossofaríngeo (IX) e Hipoglosso (XII) - Úvula ligeiramente hipotónica, mas centrada.

Protusão da língua sem desvio; Vago (X) - Reflexo faríngeo presente bilateral; Espinhal (XI) - Mantido.

Comunicação verbal

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

05-11-2024 08:30 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

05-11-2024 08:30 - Comunicação verbal expressiva comprometida

05-11-2024 08:30 - Promover comunicação

05-11-2024 08:30 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Tem dificuldade em expressar as palavras [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

Sistema respiratório

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Frequência respiratória: 18 ciclos/min.

05-11-2024 08:30 - Ritmo respiratório regular.

05-11-2024 08:30 - Movimento respiratório simétrico.

05-11-2024 08:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

05-11-2024 08:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

05-11-2024 08:30 - Sem adejo nasal.

05-11-2024 08:30 - Saturação do oxigénio no sangue

05-11-2024 08:30 - Periférico(a): 96 %.

05-11-2024 08:30 - Não comunica falta de ar.

05-11-2024 08:30 - Reflexo da tosse: presente.

05-11-2024 08:30 - Expele as secreções das vias aéreas.

05-11-2024 08:30 - Sons respiratórios: normais.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da ventilação

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da ventilação [Sem Horário]

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

07-11-2024 08:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Saturação do oxigénio no sangue

07-11-2024 08:30 - Periférico(a): 96 %.

07-11-2024 08:30 - Não comunica falta de ar [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Localização do Pulso

05-11-2024 08:30 - Braço Esquerda(o)

05-11-2024 08:30 - Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

05-11-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

05-11-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

05-11-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 87 mmHg.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Localização do Pulso

07-11-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o)

07-11-2024 08:30 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

07-11-2024 08:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-11-2024 08:30 - Pulso rítmico.

07-11-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-11-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

07-11-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

07-11-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

07-11-2024 08:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem Horário]

Deglutição

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Com indícios de compromisso da deglutição.

05-11-2024 08:30 - Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição: Vigilância cliente alerta por mais de 15 minutos - SIM Vigilância voluntária e/ou clearance Tosse Voluntária - SIM Deglutição da saliva - Deglute com êxito - SIM Sialorreia - NÃO Mudança Vocal - NÃO Avaliação Especializada da deglutição Controlo Postural - Consegue controlo da cabeça, pescoço e tronco Movimentos da cabeça - Consegue flexão, extensão, rotação e inclinação lateral da cabeça Dentes - dentição incompleta, mas em bom estado de conservação Cavidade Oral - sem lesões Garante controlo da saliva sem sialorreia Avaliação Lábios (VII facial) - Em repouso - Discreto desvio associado a hipotonia • Em movimento - Consegue a abertura da boca; consegue parcialmente a retração - sorriso incompleto; consegue parcialmente a protusão - beijo • Resistência -consegue segurar a espátula entre os lábios; consegue parcialmente encher as bochechas • Consegue coordenação - Retração/ Protusão; Retração/ Protusão Mandíbula (V par craniano - Trigêmeo) - Consegue realizar a depressão; Elevação • garante o encerramento mandibular com força preservada, sem disfunção ATM. Língua (XII par craniano - Hipoglosso) • Em repouso - língua simetria, sem hipotonia e hipertonia • Em movimento -consegue realizar a Supraversão (interna; externa); Infraversão (interna; externa); Protusão; Lateralização; anteroposterior • Resistência - resiste à força aplicada na posição vertical; lateral e protusão. Palato Mole e úvula (IX e X pares craniano - Glossofaríngeo/ Vago) • Em repouso - Simetria e sem Desvio da úvula • Em fonação -discreta assimetria na elevação do palato; Desvio da úvula para a direita Reflexo de vômito, tosse, deglutição e palatal presentes. Laringe • Qualidade vocal

-Voz normal • Intensidade vocal – Flutuações na intensidade vocal; Fadiga • Tempo limitado na fonação • Tosse voluntária – não avaliado o fluxo de tosse • Pigarreio – forte.

05-11-2024 08:30 - Deglutição comprometida

05-11-2024 08:30 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição.

07-11-2024 08:30 - Tempo de deglutição para líquidos superior a 2 segundos, Alteração da voz após a deglutição, Tosse associada à deglutição.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da deglutição

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da deglutição [5/5 dias]

05-11-2024 08:30 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [SOS]

05-11-2024 08:30 - Prevenir aspiração

05-11-2024 08:30 - Planear dieta [SOS]

05-11-2024 08:30 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [Refeições]

05-11-2024 08:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [Refeições]

05-11-2024 08:30 - Executar técnicas compensatórias da deglutição [Manhã /Tarde]

05-11-2024 08:30 - Executar exercícios de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição [Manhã /Tarde]

05-11-2024 08:30 - Executar estimulação sensitiva motora da deglutição [Manhã /Tarde]

07-11-2024 08:30 - Promover autogestão: deglutição

07-11-2024 08:30 - Conhecimento sobre adequação da dieta para facilitar a deglutição: facilitador.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para deglutir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o treino e a promoção da deglutição

07-11-2024 08:30 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o treino e a promoção da deglutição [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para deglutir

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para deglutir [sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir técnica de deglutição [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar técnica de deglutição [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão da deglutição [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover autogestão: prevenção da aspiração

07-11-2024 08:30 - Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre a dieta e a deglutição:

facilitadora.

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Com indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição

07-11-2024 08:30 - Instruir sobre exercícios de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição [Manhã/tarde]

07-11-2024 08:30 - Treinar sobre exercícios de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição [Manhã/tarde]

Eliminação intestinal

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Ausência de dejeções.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [PIOROU].

07-11-2024 08:30 - Expulsão controlada de fezes.

Eliminação urinária

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem Horário]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Urina em moderada quantidade.

07-11-2024 08:30 - Cor da urina: alaranjada.

07-11-2024 08:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

07-11-2024 08:30 - Reconhece a vontade de urinar.

07-11-2024 08:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

07-11-2024 08:30 - Sem globo vesical.

07-11-2024 08:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [Sem Horário]

Metabolismo

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Glicemia capilar: 112 mg/dl.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da glicemia

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [1x/turno]

05-11-2024 08:30 - Referenciar hiperglicemia ao médico [SOS]

05-11-2024 08:30 - Referenciar hipoglicemia ao médico [SOS]

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Glicemia capilar: 128 mg/dl.

Memória

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Sem desorientação face às pessoas.

05-11-2024 08:30 - Desorientação no espaço.

05-11-2024 08:30 - Desorientação no tempo.

05-11-2024 08:30 - Confusão [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Confusão de tipo hipoativo.

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução da orientação

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da orientação [Sem Horário]

05-11-2024 08:30 - Melhorar a orientação [FIM] 07-11-2024 08:30

*05-11-2024 08:30 - Executar terapia de orientação para a realidade [Sem Horário]
[FIM] 07-11-2024 08:30*

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Sem dificuldade em reter nova informação.

07-11-2024 08:30 - Sem dificuldade em recuperar informação.

07-11-2024 08:30 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Sem desorientação no espaço [MELHOROU].

07-11-2024 08:30 - Sem desorientação no tempo [MELHOROU].

07-11-2024 08:30 - Determinar evolução da memória

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da memória [Sem Horário]

Virar-se

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

05-11-2024 08:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

05-11-2024 08:30 - Virar-se comprometido [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução do virar-se [FIM] 07-11-2024 08:30

*05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução do virar-se [Sem Horário] [FIM] 07-11-2024
08:30*

05-11-2024 08:30 - Assegurar atividades de virar-se [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Assistir no virar-se [Sem Horário] [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Assistir no virar-se usando dispositivo [Sem Horário] [FIM]

07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Prevenir úlcera de pressão [FIM] 07-11-2024 08:30

*05-11-2024 08:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [Sem Horário] [FIM]
07-11-2024 08:30*

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Capaz de mudar de posição na cama

07-11-2024 08:30 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

07-11-2024 08:30 - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

07-11-2024 08:30 - Erguer-se comprometido

07-11-2024 08:30 - Assegurar atividades de erguer-se

07-11-2024 08:30 - Assistir no erguer-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover autonomia para erguer-se

07-11-2024 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para erguer-se

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir a erguer-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Treinar a erguer-se [Sem Horário]

Transferir-se

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

07-11-2024 08:30 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

07-11-2024 08:30 - Transferir-se comprometido

07-11-2024 08:30 - Assegurar atividades de transferir-se

07-11-2024 08:30 - Assistir no transferir-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover autonomia para transferir-se

07-11-2024 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

07-11-2024 08:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para transferir-se

07-11-2024 08:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

07-11-2024 08:30 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir a transferir-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Treinar a transferir-se [Manhã/Tarde]

Sentar-se

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

07-11-2024 08:30 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

07-11-2024 08:30 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

07-11-2024 08:30 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

Cuidar da higiene pessoal

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Obtém objetos para o banho.

07-11-2024 08:30 - Abre a torneira.

07-11-2024 08:30 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

07-11-2024 08:30 - Lava a cavidade oral.

07-11-2024 08:30 - Aplica produtos de higiene.

07-11-2024 08:30 - Capaz de pentear-se

07-11-2024 08:30 - Penteia-se.

07-11-2024 08:30 - Limpa-se após usar o sanitário.

07-11-2024 08:30 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

07-11-2024 08:30 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

07-11-2024 08:30 - Assegurar atividades de higiene pessoal

07-11-2024 08:30 - Assistir no arranjar-se [Manhã / SOS]

07-11-2024 08:30 - Assistir no tomar banho [Manhã]

07-11-2024 08:30 - Assistir no uso do sanitário [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

07-11-2024 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para arranjar-se

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Pente de cabo longo - facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para arranjar-se

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Pente de cabo longo - facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para tomar banho

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Capacidade no uso do sanitário

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [Manhã / SOS]

07-11-2024 08:30 - Instruir a tomar banho [Manhã]

07-11-2024 08:30 - Treinar a tomar banho [Manhã/Tarde]

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Instruir a usar sanitário [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Treinar uso do sanitário [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Manhã / SOS]

Vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Escolhe as roupas.

07-11-2024 08:30 - Retira roupa da gaveta ou armário.

07-11-2024 08:30 - Capaz de vestir-se

07-11-2024 08:30 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

07-11-2024 08:30 - Capaz de abotoar-se

07-11-2024 08:30 - Não abotoa.

07-11-2024 08:30 - Capaz de atar cordões

07-11-2024 08:30 - Não ata cordões.

07-11-2024 08:30 - Capaz de calçar meias

07-11-2024 08:30 - Não calça as meias.

07-11-2024 08:30 - Vestir-se ou despir-se comprometido

07-11-2024 08:30 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Manhã / Tarde / SOS]

07-11-2024 08:30 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Manhã]

07-11-2024 08:30 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora.

07-11-2024 08:30 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-11-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

07-11-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Manhã / Tarde / SOS]

07-11-2024 08:30 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Sem Horário]

07-11-2024 08:30 - Treinar vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde]

Alimentar-se

05-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

05-11-2024 08:30 - Dispositivo: Adaptador de talheres - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

05-11-2024 08:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

05-11-2024 08:30 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - Não prepara os alimentos para a refeição.

05-11-2024 08:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

05-11-2024 08:30 - Dispositivo: Mesa para comer na cama - Organiza os alimentos para a refeição.

05-11-2024 08:30 - Alimentar-se comprometido [RESOLVIDO] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Determinar evolução do alimentar-se [FIM] 07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Avaliar evolução do alimentar-se [Sem Horário] [FIM]

07-11-2024 08:30

05-11-2024 08:30 - Assegurar atividades do alimentar-se [FIM] 07-11-2024

08:30

05-11-2024 08:30 - Assistir no alimentar-se [Refeições] [FIM] 07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30

07-11-2024 08:30 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Copo adaptado - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

07-11-2024 08:30 - Dispositivo: Adaptador de talheres - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

07-11-2024 08:30 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

07-11-2024 08:30 - Prepara os alimentos para a refeição.

07-11-2024 08:30 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

07-11-2024 08:30 - Organiza os alimentos para a refeição.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da consciência

- Avaliar a evolução do nível de consciência utilizando a Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora)

Assistir no virar-se

- Posicionar o cliente em decúbito lateral esquerdo, assegurando um padrão antiespástico. O membro superior afetado deve estar apoiado numa almofada, com o ombro em protração e rotação externa, o cotovelo e o punho estendidos, e os dedos alongados e em abdução. No membro inferior, o quadril deve permanecer em protração e flexão, a perna em rotação interna, e tanto o joelho quanto o tornozelo em flexão, garantindo o correto alinhamento corporal (Marinho Pinto et al., 2022).

- Posicionar o cliente em decúbito lateral direito, com o lado afetado apoiado na cama, adotando um padrão antiespástico. O membro superior deve estar com o ombro em protração e rotação externa, o cotovelo estendido, o antebraço em supinação, o punho em extensão e os dedos alongados e em abdução. No membro inferior afetado, o quadril deve permanecer em leve flexão e prostração, a perna em rotação interna, e tanto o joelho quanto o tornozelo em flexão, garantindo o alinhamento corporal (Marinho Pinto et al., 2022).
- Posicionar o cliente em decúbito lateral direito, com o lado afetado apoiado na cama, adotando um padrão antiespástico. O membro superior deve estar com o ombro em protração e rotação externa, o cotovelo estendido, o antebraço em supinação, o punho em extensão e os dedos alongados e em abdução. No membro inferior afetado, o quadril deve permanecer em leve flexão e prostração, a perna em rotação interna, e tanto o joelho quanto o tornozelo em flexão, garantindo o alinhamento corporal (Marinho Pinto et al., 2022).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Executar técnica de exercício músculo-articular [em padrão inibitório de espasticidade], no sentido distal-proximal, respeitando os limites dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar; Flexão/extensão do punho, com desvio radial/cubital.
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido [em padrão inibitório de espasticidade], no sentido distal-proximal, respeitando, limiar da dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão/extensão dos dedos do pé; Inversão/eversão tibiotársica [insistir mais no movimento de eversão]; dorsiflexão/flexão plantar; flexão/extensão do joelho; Rotação interna e externa [insistir na rotação interna], adução/abdução, flexão/extensão, circundação da coxofemoral; rotação interna e externa com flexão do joelho e coxofemoral; 1 série de 10 repetições] (Araújo, et al, 2021, Rocha, et al, 2020)

Avaliar evolução do tónus muscular

- Avaliar a evolução do tónus muscular com recurso à Escala de Ashworth Modificada;

Avaliar evolução da deglutição

- Avaliar a evolução da deglutição utilizando a Escala de Guss

Planear dieta

- Adaptar consistência da dieta, com necessidade de líquidos espessados e dieta pastosa (Araújo, et al, 2021)

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- Adotar postura compensatória na refeição : Posição Reclinada; Extensão cervical; Rotação cervical para o lado menos funcional; Rotação cervical para o lado menos funcional e extensão cervical; Decúbito lateral com cabeça apoiada (Araújo et al, 2021, Silva & Grilo, 2018);
- Recorrer à utilização de espelho, no sentido de facilitar ao cliente: visualização das estratégias adotadas, a adoção de postura correta; compensar uma menor percepção

sensorial existente (Araújo et al, 2021).

Posicionar para prevenir a aspiração

- Na impossibilidade de levantar, assegurar inclinação da cabeceira entre 60-80º;
- Adotar posicionamento adequado, garantindo estabilidade postural, por forma a que a simetria e a mobilidade se encontrem síncronas com os movimentos orais, particularmente a coordenação da deglutição com a respiração no processo de ingestão de alimentos, reduzindo-se o risco de aspiração (Araújo, et al, 2021)

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Gerir ambiente [redução de estímulos externos (visuais e sonoros), linha de comunicação direta e utilização de discurso simples];
- Incentivar pessoa a comunicar [através de expressões simples, repetição, gestos e entoação variada, assim como de validação de receção da mensagem e reforço positivo]. (Teixeira, et al, 2023)

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido respeitando, limiar da dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão e extensão do cotovelo; pronação e supinação do antebraço; flexão e extensão do punho; desvio cubital e desvio radial do punho; extensão do 1º ao 4º dedo da mão; abdução e adução do 1º ao 4º dedo da mão; abdução, adução, flexão, extensão e oposição do polegar. 1 série de 10 repetições (Araújo, et, al, 2021).
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido respeitando limiar da dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão da coxofemoral - elevação do membro inferior com extensão do mesmo; abdução e adução da anca; rotação interna e externa; flexão e extensão do joelho; mobilização da rótula; inversão e eversão da tibiotársica; flexão e extensão dos dedos do pé em simultâneo - 1 série de 10 repetições (Araújo, et, al, 2021).

Executar estimulação da sensibilidade tátil

- Realizar terapia com manipulação repetida de objetos facultando a estimulação sensorial dos membros afetados com diferentes pesos, tamanhos, texturas e com objetos de diferentes formatos;
- Incentivar a participação na execução de exercícios ativos-assistidos musculares e articulares do membro superior e inferior direito, promovendo sempre que possível a integração visual do movimento;
- Incentivar a participar na execução dos exercícios de mobilização dos músculos da face, recorrendo ao uso do a espelho para feedback visual (Araújo, et al, 2021, Teixeira, 2023, MENOITA, 2012)

Executar terapia de orientação para a realidade

- Com o recurso a um quadro temporal, identificar os elementos de ordem temporal e espacial (Justo-Henriques, et al, 2020).

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar a evolução da força muscular com recurso à Escala de Medical Research Council;

Executar técnicas compensatórias da deglutição

- Realizar exercícios para controlo do bolo alimentar; de deglutição múltipla e de deglutição de esforço (Silva & Grilo, 2018; Araújo et al, 2021; Sá, et al, 2023)

Executar exercícios de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição

- Realizar exercícios de resistência muscular orofaciais - Lábios; língua; Mandíbula; Palato Mole; Laringe; Bochechas (Alves & Andrade, 2017; Sá, et al, 2023).

Executar estimulação sensitiva motora da deglutição

- Realizar estimulação térmica e tátil do palato mole com gelo previamente à refeição (Sá, et al, 2023);
- Proceder à modificação sensorial: alteração do volume, sabor e temperatura dos alimentos (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Executar técnica de mobilização dos músculos da face

- Executar técnica de mobilização dos músculos da face (unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar de depressão do lábio inferior);
- Executar técnica de suporte passivo com a cliente, utilizar o movimento desejado usando um a três dedos, sendo posteriormente retirados, enquanto a cliente tenta manter a contração;
- Executar exercícios repetidos e de maior amplitude dos músculos afetados. Nos exercícios resistidos é aplicada resistência manual em direção oposta ao movimento pretendido (Araújo, et al, 2021).

Executar técnicas de estimulação da face

- Executar estimulação tátil e térmica (gelo para estimulação e quente para relaxamento) da região facial (Araújo, et al 2021).

Executar Massagem dos músculos da face

- Executar massagem dos músculos da face (realizada preferencialmente em posição anti gravítica, em ambos os lados da face, fornecendo estímulos sensoriais simétricos, embora com maior foco na hemiface afetada. Os movimentos devem ser circulares, com exceção da asa do nariz que devem ser em forma de oito) (Matos, 2011; Araújo, et al, 2021).

Executar exercícios compensatórios visuais

- Realizar com a cliente movimentos simétricos repetitivos para ambos os lados (direito/esquerdo) para melhorar a percepção visual;
- Realizar exercícios com a cliente de pesquisa repetida de objetos em ambos os lados, promovendo a adaptação ao défice visual.
- Utilizar estratégias para compensar a limitação visual através de ajustamentos no ambiente, disposição da mesa de apoio no lado afetado; abordagem pelo lado afetado; estimular a olhar para o hemiespaço afetado (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Teixeira e al, 2023)

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Ensinar ao cliente sobre o facto de que as limitações que detém podem aumentar o risco de queda, nomeadamente, hemianopsia homónima; hemiparesia direita e o défice de equilíbrio;
- Orientar a cliente quanto à importância de seguir as recomendações da equipa de enfermagem e solicitar ajuda dos Enfermeiros sempre que necessitar de assistência.

Executar técnica de exercício músculo-articular passivo

- Executar técnica no sentido do padrão inibitório de espasticidade, de distal-proximal, atendendo aos limites dor e amplitude articular, bem como planos e eixos flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão com oponência do polegar; Flexão/extensão do punho, com desvio radial/cubital. Executar 10 repetições, 1 série (Rocha et al., 2020; Araújo, et al, 2021).

Aplicar ortótese estática de alongamento

- Colocar tala com membro superior direito em extensão e antebraço em supinação;
- Realiza movimentos de flexão/extensão e abdução/ adução do ombro;
- Permanecer com tala entre 30 minutos (Araújo, et al, 2021).

Posicionar em padrão anti-espástico

- Na posição de sentado a cliente coloca o membro inferior não afetado sobre o membro inferior afetado, e as mãos entrelaçadas sobre o joelho do membro inferior não afetado, de forma a que o membro superior do lado afetado não possa retrair em flexão e o peso recaia sobre o lado afetado;
- Na posição de deitada e com a cliente em decúbito lateral direito, com o lado afetado apoiado na cama, adotando um padrão antiespástico. O membro superior deve estar com o ombro em protração e rotação externa, o cotovelo estendido, o antebraço em supinação, o punho em extensão e os dedos alongados e em abdução.
- Na posição de deitada e com a cliente em decúbito lateral esquerdo, assegurar um padrão antiespástico. O membro superior afetado deve estar apoiado numa almofada, com o ombro em protração e rotação externa, o cotovelo e o punho estendidos, e os dedos alongados e em abdução.
- Na posição de deitada e em decúbito dorsal colocar o ombro da cliente em protração e rotação externa, o membro superior direito sobre uma almofada na omoplata, o cotovelo e pulso em extensão, o antebraço em supinação, os dedos da mão em extensão e abdução (Araújo, et al, 2021, Marinho Pinto at al., 2022).

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Avaliar o Equilíbrio Corporal através da escala através da Escala de Equilíbrio de Berg;

Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Executar técnica de equilíbrio sentado; equilíbrio sentado - transferência de peso para os braços; equilíbrio dinâmico sentado - carga no cotovelo/facilitação cruzada; e alternância de carga nos membros inferiores (Araújo et al, 2021, Rocha et al, 2020).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [exercícios isotônicos ativos dos segmentos e movimentos de ambos os membros inferiores, assim como na flexão e na rotação da coluna cervical para o lado afetado e para o lado não afetado; automobilização do membro superior afetado (entrelaçando as mãos com as palmas em contato; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça); rolamento para o lado não afetado com estiramento do tronco; rolamento para o lado afetado com carga sensitiva no tronco; oscilação pélvica; ponte] (Rocha, et al, 2020, Teixeira, et al, 2023)

Treinar exercícios músculo-articulares

- Treinar técnicas de exercício muscular e articular [1 serie de 10 repetições em cada sessão, com exceção dos rolamentos (1 repetição em cada sessão, com 1 serie de 10 repetições de estiramento do tronco e de carga sensitiva no tronco (Teixeira, et al, 2023).

Instruir o treino do equilíbrio estático

- Instruir cliente a que na posição de sentada, com apoio total dos pés no chão, cruze o membro inferior não afetado sobre o membro inferior afetado, e entrelace as mãos e coloque-as abaixo do joelho, sem se encontrar a parte posterior da cadeira, por alguns minutos;
- Instruir cliente a realizar de exercícios de rolamento para o lado afetado e para o lado não afetado;
- Instruir cliente a realizar do exercício da ponte, utilizando uma almofada entre os joelhos;
- Instruir cliente a realizar exercícios de apoio e transferência de carga sobre o cotovelo, e associar a alternância de peso de uma anca para a outra;
- Instruir cliente a que com a mão não afetada vá ao encontro da mão do EEER, realizando movimentos de flexão e extensão do tronco e lateralização, passando a linha média;
- Instruir cliente a que na posição de pé, em frente ao espelho quadriculado, fixe um ponto e realize a flexão de joelho e anca de um membro inferior e posteriormente alterne com o outro membro inferior ;
- Instruir cliente a que de pé permaneça com braços ao longo do tronco, com braços estendidos, e com os olhos fechados (Araújo, et al, 2021, Rocha et al, 2020).

Treinar equilíbrio estático

- Treinar técnica de equilíbrio corporal [1 vez por sessão em frente ao espelho e sempre que apresente defeito na postura corporal] (Teixeira, et al, 2023).

Instruir a transferir-se

- Instruir técnica de transferência: colocar o cadeirão junto à cama (com respectivas rodas da cama e cadeirão travadas). O processo de transferência, numa fase inicial, por uma questão de segurança (diminuir risco de queda) deve ser feito pelo lado não afetado. Instruir a apoiar o braço não afetado no cadeirão, rodar (travar o joelho afetado da cliente) e sentar no cadeirão. A transferência para a cama segue os mesmos passos em sentido inverso (Araújo, et al, 2021, Rocha et al.,2020).

Instruir a erguer-se

- Instruir cliente a utilizar material de apoio (barras de apoio/andarilho) para mobilizar o corpo para a posição vertical garantindo que o cliente compreenda a importância da base

de sustentação adequada e do uso dos membros superiores para auxiliar o movimento.

Instruir técnica de deglutição

- Instruir sobre técnicas compensatórias da deglutição: instruir sobre os exercícios para controlo do bolo alimentar; de deglutição múltipla e de deglutição de esforço (Silva & Grilo, 2018; Araújo et al, 2021; Sá, et al, 2023)
- Instruir sobre exercícios promotores de deglutição: instruir sobre exercícios de resistência muscular dos lábios; exercícios de resistência muscular da língua; exercícios de resistência muscular do palato mole; exercícios de mobilidade laríngea (Araújo, et al, 2021))
- Instruir sobre técnicas facilitadoras da deglutição: Adaptação postural; flexão cervical; rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado não afetado (Sá, et al, 2023).

Treinar a função motora fina

- Executar atividades de enfiamentos, encaixes, colagens, recortes e escrita.

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Utilizar bladder scanner após micção para determinar volume residual pós-miccional;

Instruir a tomar banho

- Instruir cliente a adaptar na mão afetada a esponja, o membro superior do cliente procede à lavagem do membro superior não afetado, suportando na cadeira de banho o cotovelo para uma maior funcionalidade e segurança;
- Instruir cliente a lavar a parte inferior do corpo, devendo entrelaçar as mãos, e com uma esponja, lavar a face anterior das coxas;
- Instruir cliente a lavar o membro inferior direito cruzando-o sobre o outro, permitindo a lavagem de forma independente; posteriormente, com recurso a uma escova de cabo longo, procede-se à lavagem dos membros até ao pé; (Araújo et al, 2021).

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Instruir cliente a vestir primeiro a roupa do membro superior direito, com o cotovelo em flexão, ir vestindo até à região posterior do ombro, e em seguida vestir o membro superior esquerdo;
- Instruir cliente a começar por vestir as calças do membro inferior direito, devendo para tal cruzar as pernas com as mãos entrelaçadas suportando o membro, em seguida descruza o membro com as mãos entrelaçadas, e em seguida veste o membro inferior não afetado;
- Instruir cliente a despir-se de forma independente, puxando a camisola sobre a cabeça até retirar. Posteriormente retirar a manga do membro superior esquerdo e em seguida do membro superior direito;
- Instruir cliente a despir a parte inferior do corpo adotando a posição ortostática, para baixar as calças, posteriormente senta-se numa cadeira e despe primeiro o membro não afetado e em seguida, entrelaçar os dedos, cruzar o membro inferior afetado por cima do membro inferior não afetado e retirar as calças (Araújo, et al, 2021).

Instruir exercícios da função motora fina

- Instruir sobre a exercícios de preensão e libertação – manipulação de pequenos objetos para melhorar a destreza;
- Instruir sobre exercícios de coordenação fina – como pinça digital e manipulação de esferas;
- Instruir sobre exercícios de treino funcional – atividades simulando tarefas do dia a dia, como abotoar camisas, manusear talheres, escrever e virar páginas de um livro (Térémetz M, et al, 2023).

Ensinar sobre promoção da orientação no ambiente físico

- Ensinar cliente a efetuar varrimento visual para exploração do ambiente físico (Araujo, et al, 2021).

Instruir a usar sanitário

- Instruir cliente a utilizar dispositivos de apoio (barras de apoio) para se sentar e levantar do sanitário, garantindo que o cliente compreenda a importância da base de sustentação adequada e do uso dos membros superiores para auxiliar o movimento de se sentar e levantar.
- Instruir cliente adotar uma postura corporal que tenha por base segurança, minimizando risco de acidentes/quedas (Araújo, et al, 2021).

Aplicar calor

- Aplicar calor para promoção de vasodilatação e relaxamento muscular (Araújo, et al, 2021).

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Avaliar a evolução de sinais de alteração da consciência utilizando a Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora);

Instruir sobre exercícios de fortalecimento dos músculos envolvidos na deglutição

- Instruir sobre exercícios de resistência muscular orofaciais - Lábios; língua; Mandíbula; Palato Mole; Laringe; Bochechas (Alves & Andrade, 2017; Sá, et al, 2023).

Instruir exercícios musculares da face

- Instruir cliente para unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar olhos com força, assobiar, encher a boca de ar, baixar lábio inferior, sorrir e mostrar os dentes, com a pessoa sentada em frente ao espelho (Araújo, et al, 2021).

Treinar exercícios musculares da face

- Treinar exercícios musculares da face numa série de 10 de cada exercício, 3 vezes por dia (Araújo et al, 2021)

3.8. Síntese relativa ao caso

A síntese do presente caso revela-se fundamental para a prática do EEER, especialmente na

fase aguda do AVC. De facto, um dos principais objetivos da reabilitação do cliente com AVC consiste em promover a sua capacidade de realização independente das atividades de autocuidado. Efetivamente, em ambos os contatos estabelecidos, evidenciou-se a relevância do Referencial Teórico de Dorothea Orem.

Quando o cliente atua de forma consciente, controlada, intencional e eficaz, alcançando uma verdadeira autonomização, designa-se por atividade de autocuidado (Allgood, 2018). Assim, cuidar de si mesmo corresponde ao processo do autocuidado que se inicia com a tomada de consciência do próprio estado de saúde, exigindo pensamento racional para integrar a experiência pessoal, as normas culturais e os comportamentos aprendidos na tomada de decisões sobre a própria condição. Quando um cliente apresenta um défice na sua capacidade de desempenhar as ações essenciais para o autocuidado, torna-se necessária a intervenção de enfermagem. A adoção de um sistema totalmente compensatório é aplicado quando o EEER assume o papel central na compensação das limitações do cliente, garantindo a satisfação dos requisitos universais de autocuidado. Este sistema é essencial em situações em que o cliente não possui capacidade para desempenhar, de forma independente, as atividades de autocuidado, exigindo uma intervenção integral (Hernández, 2017).

Face ao exposto no primeiro contacto, e atendendo à condição clínica aguda da cliente, ao compromisso do estado de consciência, e à necessidade de repouso no leito foi possível perceber a implementação predominante de um sistema de enfermagem totalmente compensatório, destacando-se uma abordagem parcialmente compensatória para o autocuidado: alimentar-se e virar-se. Neste sentido, assumiu-se integralmente a responsabilidade pelos cuidados necessários à manutenção da vida, saúde e bem-estar da cliente.

Deste feita, as intervenções realizadas assentaram, de forma sucinta, no dar banho na cama; vestir/despir; arranjar a cliente; assistir a cliente a virar-se, contemplando o posicionamento terapêutico de padrão anti-espástico para os diferentes decúbitos, na execução da mobilização músculo-articular no leito, na execução de exercícios de mobilização dos músculos faciais; assistir no autocuidado alimentar-se, recorrendo-se à utilização de técnicas que promovessem uma deglutição segura; execução de exercícios promotores da deglutição, tendo sempre por base a avaliação do estado neurológico da cliente.

Estas ações tinham por base garantir a estabilidade clínica da cliente, prevenindo complicações secundárias decorrentes da imobilidade e do défice de autocuidado. No que concerne ao assistir a posicionar a cliente, atendendo ao padrão anti-espástico, em decúbito dorsal, reforça-se que se deve manter o ombro em protração e rotação externa, com o membro superior afetado apoiado sobre uma almofada sob a omoplata. O cotovelo e o punho devem estar estendidos, o antebraço em supinação e os dedos da mão em extensão e abdução. No membro inferior, o quadril deve permanecer em protração e flexão, enquanto a perna se mantém em rotação

interna, com o joelho e tornozelo fletidos (Marinho Pinto et al., 2022). A execução da estimulação da sensibilidade tátil, atendendo ao comprometimento da mesma, contemplou, além dos descritos nas especificações das intervenções, a execução técnica da massagem dos membros afetados (Teixeira et al, 2023).

Num segundo contacto, foi possível determinar uma evolução positiva na condição clínica da cliente, implementando-se, na generalidade, um sistema de enfermagem parcialmente compensatório. Nesta fase, incentivou-se a participação ativa da cliente nas atividades de autocuidado, promovendo a sua autonomia funcional de forma progressiva. Procurou-se, precocemente, incentivar a realização de atividades usando padrões normais de movimento e com estimulação multisensorial (Araújo et al, 2021).

Neste contexto foram realizadas intervenções como o treino de exercícios musculares e articulares, treino de técnicas de deglutição, treino de exercícios para promoção da deglutição, treino de exercícios de músculos da face, e treino de equilíbrio estático, e treino e educação para os autocuidados, sempre considerando as limitações físicas da cliente. Interveio-se sempre que necessário, prestando suporte e orientação para que a cliente pudesse readquirir competências e adaptar-se às suas novas condições de vida. A prática repetida de uma tarefa conhecida conduz a uma expansão cortical, potenciando a recuperação funcional. A reabilitação intensiva revela-se fundamental para a obtenção de maiores ganhos funcionais. Do mesmo modo, um processo de reabilitação precoce, frequente e de curta duração pode maximizar os resultados, promovendo uma recuperação mais eficaz e sustentada (Teasel & Hussein, 2018).

Nesta sequência, a reabilitação precoce do AVC constitui um pilar fundamental na abordagem terapêutica, sendo determinante para a maximização da recuperação funcional e para a redução das sequelas a longo prazo. Particularmente no que respeita à reabilitação precoce, foi necessária uma pesquisa profunda no sentido de adquirir conhecimentos e capacidades fundamentais para intervir conscientemente e com base na evidência. Com base nas evidências científicas recentes, exploradas anteriormente, a reabilitação precoce deve ser iniciada entre as 24 a 48 horas após o evento, garantindo a estabilidade clínica da cliente, sendo que esta intervenção visa prevenir complicações associadas à imobilidade, promover a neuroplasticidade e otimizar a recuperação motora e cognitiva (Nunes et al, 2022).

No presente caso foi possível desempenhar um papel central neste processo, assegurando uma avaliação detalhada das necessidades da cliente e implementando intervenções direcionadas, tais como mobilização precoce, exercícios terapêuticos direcionados, estimulação sensorial e motora e treino do autocuidado. Além disso, o suporte e educação da cliente assumiu um papel crucial, constituindo-se facilitador para a adaptação à nova condição, bem como na promoção da continuidade dos cuidados.

Entendemos que o presente caso contribuiu significativamente para o aprofundamento do conhecimento e o aprimoramento das competências do EEER na reabilitação de clientes após

um AVC. Destacou-se, em particular, a relevância da reabilitação precoce, evidenciando a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa e da adaptação contínua das intervenções. Este processo revelou-se essencial para a otimização dos resultados funcionais, do bem-estar e da qualidade de vida da cliente.

4. CASO 2

Cliente de 23 anos, solteira, encontra-se atualmente a frequentar o ensino superior. A 30/11/24 estaria no início da sua terceira aula de muay thai, quando pelas 17h10 teve queda, sem perda de consciência. Referia cefaleia e apresentava assimetria da face em desfavor da esquerda e desvio conjugado do olhar para a direita. Portanto, admitida na Unidade de AVC a 30/11/24, proveniente do Serviço de Urgência (sala de angiografia), por AVC isquémico em território carotídeo direito (trombo no topo da Artéria Carotídea Interna direita) submetido a trombectomia mecânica. Desconhece antecedentes pessoais, nega hábitos tabágicos ou consumo de álcool. Sem cirurgias prévias. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Sem episódios prévios de Trombose Venosa Profunda. Medicação habitual: anticoncepcionais orais. O contato estabelecido com a cliente deu-se no segundo dia após admissão na Unidade de AVC e no terceiro dia de permanência na mesma unidade. Importa destacar que o caso apresenta dados fictícios.

4.1. Enquadramento teórico

O cliente com AVC da artéria carotídea interna submetido a trombectomia

A maioria dos AVC ocorre quando a artéria carótida interna (ACI) de um dos lados é ocluída, resultando em diversos graus de défices neurológicos; subsequentemente, pode ocorrer um novo episódio de AVC caso a oclusão afete a ACI do lado contralateral. As manifestações clínicas do AVC variam consideravelmente consoante a progressão da oclusão arterial. Nos casos de oclusão aguda, a área de enfarte pode atingir uma extensão que representa um risco significativo para a vida do cliente (Chen et al, 2021).

Os clientes com oclusão aguda da ACI exibem manifestações clínicas variadas, que podem oscilar entre a ausência de sintomas, episódios de acidente isquémico transitório e síndromes de AVC agudo grave (Malhotra et al, 2017). A manifestação clínica dos clientes com oclusão aguda da ACI depende de vários fatores, incluindo a extensão e volume do trombo, os parâmetros hemodinâmicos sistémicos e a disponibilidade da reserva colateral. A hemiplegia contralateral é considerada a característica clínica mais clássica da oclusão aguda da ACI espontânea, sendo que estes sintomas geralmente surgem em minutos a horas (Malhotra et al, 2017).

A oclusão aguda da ACI manifesta-se com síndromes isquémicas que envolvem os territórios da artéria cerebral média e/ou da artéria cerebral anterior na circulação anterior. O enfarte no território da artéria cerebral média apresenta-se tipicamente com hemiparesia e déficit sensitivo contralateral, preferência do olhar ipsilateral, hemianopsia homônima e, dependendo da localização da oclusão da artéria cerebral média, afasia (se a oclusão ocorrer no hemisfério esquerdo) ou negligência (se no hemisfério direito). O envolvimento do território da artéria cerebral anterior manifesta-se geralmente com fraqueza e défices sensitivos no membro inferior contralateral; contudo, pode também apresentar-se com mutismo acinético, abulia, distúrbios comportamentais, incontinência urinária e síndrome de desconexão apraxia, caso o corpo caloso seja afetado (Malhotra et al, 2017, Hurford et al, 2020).

A identificação de oclusões arteriais intracranianas, incluindo grandes artérias, oclusões de calibre médio e distal, bem como a oclusão das artérias carótidas ou vertebrais ao nível cervical, é um passo essencial na avaliação de com AVC agudo. A deteção precoce destas oclusões permite determinar a elegibilidade para trombectomia endovascular, um procedimento fundamental na abordagem terapêutica dos clientes com oclusão de grandes vasos. A utilização de técnicas imagiológicas avançadas, como a angiografia por tomografia computadorizada ou a ressonância magnética, desempenha um papel crucial na caracterização da localização e extensão da oclusão, possibilitando uma decisão clínica rápida e precisa. Assim, a identificação rigorosa das oclusões arteriais contribui significativamente para a otimização dos desfechos clínicos e para a implementação de estratégias terapêuticas mais eficazes (Power & Vagal, 2024).

O principal objetivo do tratamento do AVC isquémico agudo é preservar o tecido cerebral ainda viável, promovendo a reperfusão da penumbra isquémica através da recanalização das artérias cerebrais ocluídas. A penumbra corresponde a uma região de parênquima hipoperfundido, funcionalmente inativo, mas potencialmente recuperável, que circunda o núcleo da lesão irreversível e é temporariamente sustentada pela circulação colateral leptomenígea. O benefício das terapias de reperfusão diminui rapidamente ao longo do tempo devido à falência progressiva do suporte colateral (Hurford et al, 2020). A trombólise intravenosa apresenta uma baixa taxa de recanalização quando aplicada em casos de oclusão de grandes vasos, não havendo registo de sucesso no tratamento exclusivo com trombólise. Clientes com AVC de elevada gravidade, nos quais a tomografia por angiografia computadorizada de emergência revela oclusão de grandes vasos, são submetidos a trombectomia endovascular num centro especializado em AVC (Lorrew et al, 2020).

A trombectomia mecânica é uma técnica minimamente invasiva, realizada por neurorradiologia de intervenção, para a remoção de trombos ou coágulos em vasos de grande calibre. O acesso ao local da oclusão das artérias cerebrais é geralmente feito através da artéria femoral. A remoção do trombo pode ser efetuada por aspiração, por via mecânica ou com recurso à colocação de stents como complemento. Atualmente, a janela terapêutica para este

procedimento foi alargada até 24 horas, sendo indicado em casos onde exista uma zona de penumbra - área com hipoperfusão devido à oclusão aguda, mas sem isquemia estabelecida - permitindo a preservação do tecido cerebral viável (Mathews, 2023).

Benefícios da Mobilização Precoce no cliente com AVC

As complicações associadas à imobilidade são frequentes após um AVC, resultando em alterações físicas e funcionais nos sistemas músculo-esquelético, circulatório, respiratório e imunológico, o que pode comprometer a recuperação e reduzir as oportunidades para a plasticidade cerebral e a reparação de lesões. Entre estas complicações, destacam-se a diminuição da força muscular e da amplitude de movimento das articulações, o aumento do depósito de gordura corporal, a elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca em repouso, a trombose venosa profunda, o edema dos membros, a redução dos volumes e capacidades pulmonares, as atelectasias, o acúmulo de secreções, a diminuição do peristaltismo intestinal, as infeções do trato urinário e as lesões por pressão (Mateus et al, 2017).

A mobilização precoce após um AVC pode ser crucial para a recuperação neurológica, uma vez que a plasticidade cerebral encontra-se reduzida no início do evento, tornando a janela terapêutica para a reparação neuronal estreita. O repouso prolongado no leito após um AVC está associado a complicações graves, tal como descrito anteriormente. Estas complicações não só dificultam a recuperação funcional, como também aumentam as taxas de mortalidade e incapacidade. Assim, a mobilização precoce tem sido proposta como uma estratégia eficaz para prevenir as consequências adversas da imobilidade, reduzir a taxa de incapacidade e melhorar o prognóstico dos clientes com AVC (Mateus et al, 2017; Ding & Zang, 2021). A mobilização precoce após um AVC é atualmente considerada um componente essencial na terapia a realizar nas unidades de AVC, podendo desempenhar um papel fundamental na melhoria do prognóstico após um AVC agudo. A mobilização precoce é geralmente definida como a realização de atividades intensiva fora da cama, dentro dos primeiros dois dias após o início do evento, incluindo sentar, permanecer em pé e deambular (Ding & Zang, 2021). A mobilização precoce tem como objetivo reduzir o tempo de internamento ou permanência no leito, promovendo uma recuperação mais célere das capacidades locomotoras dos clientes. No entanto, a ausência de uma padronização relativamente à frequência, intensidade e tipo de exercícios, bem como ao momento ideal para iniciar a intervenção, contribui para a variabilidade dos resultados desta abordagem (Mateus et al, 2021).

Segundo Wang et al (2022) a mobilização precoce com atividade fora do leito é recomendada às 48 horas após AVC, devido ao comprometimento da autorregulação cerebral, pelo que variações na pressão arterial podem agravar a lesão de reperfusão e aumentar o risco de transformação hemorrágica. Além disso, alterações posturais podem influenciar a perfusão da área de penumbra isquémica e o fluxo sanguíneo cerebral normal, especialmente em casos de estenose

residual dos vasos intracranianos após a trombectomia mecânica. Esses fatores sugerem que a mobilização precoce em clientes submetidos à trombectomia mecânica deve ser cuidadosamente avaliada quanto à sua segurança (Wang et al, 2022).

De acordo com *National Clinical Guideline for Stroke* (2023), os clientes com dificuldades de mobilização precoce após um AVC, desde que clinicamente estáveis, devem ser submetidos a mobilizações frequentes e de curta duração ao longo do dia (como sentar-se fora da cama, ficar de pé ou caminhar). Estas intervenções recomenda-se que se iniciem entre as 24 e 48 horas após o início do AVC. A mobilização nas primeiras 24 horas deve ser reservada apenas para os clientes que necessitem de pouca ou nenhuma assistência para se mobilizar.

Assim, antes da implementação da mobilização precoce fora do leito torna-se imperioso monitorizar a pressão arterial ortostática do cliente, garantindo que esta se mantenha dentro dos valores normais e que a redução não exceda 30 mmHg em comparação com a posição de decúbito. A execução da mobilização precoce deve ser realizada de forma criteriosa. É essencial assegurar uma perfusão cerebral adequada durante a mobilização, minimizando riscos e promovendo a segurança do cliente durante o processo de reabilitação (Ding & Zang, 2021).

Langhorne et al. (2018), nesta sequência, destacam que a mobilização excessivamente intensa pode retardar a recuperação funcional e aumentar o surgimento de complicações, como quedas e instabilidade cardiovascular. Em contrapartida, após um AVC, ocorre um aumento da expressão de fatores pró-inflamatórios comprometendo a barreira hematoencefálica e desencadeando uma resposta inflamatória imune, com consequente apoptose neuronal e agravamento da lesão cerebral. A mobilização precoce tem o potencial de atenuar estes efeitos, promovendo a integridade da barreira hematoencefálica, inibindo a apoptose neuronal e favorecendo a angiogénese e o suprimento cerebrovascular. Estes efeitos são mediados pela regulação negativa do fator pró-inflamatório e pela modulação de proteínas associadas à apoptose, contribuindo para a redução da lesão cerebral e para um melhor prognóstico funcional (Ding & Zang, 2021).

A introdução de atividades funcionais nas primeiras 24 a 48 horas pode reduzir o tempo de internamento até 20%, contribuindo para uma recuperação mais eficiente e menos dispendiosa para os sistemas de saúde. Estas estatísticas reforçam a importância da implementação de estratégias de mobilização precoce como parte dos protocolos de reabilitação pós-AVC (Anjos et al, 2021).

De acordo com a *European Stroke Organisation* (2023), a reabilitação motora precoce mostra-se como um elemento-chave do caminho de tratamento do AVC para clientes com déficits persistentes de movimento e mobilidade (Kwakkel et al, 2023). Diversas intervenções podem ser implementadas no processo de reabilitação, incluindo treino bilateral, treino de tarefas repetitivas, terapia de movimento induzido por restrição, estimulação elétrica, terapia robótica e exercício físico. Entre estas, o exercício assume um papel fundamental, uma vez que contribui

para a reintegração dos clientes nas atividades da vida diária, promovendo a recuperação da função muscular comprometida e a melhoria da capacidade física (Lee et al, 2022). Nesta sequência, para os mesmos autores, os exercícios de reabilitação mais frequentemente utilizados incluem atividades direcionadas ao desenvolvimento do sistema nervoso central, tais como exercícios passivos e ativos, treino de resistência progressiva, bem como programas específicos para o treino do equilíbrio, postura, mobilidade e marcha (Lee et al, 2022).

O EEER na capacitação do Cliente com AVC

A Teoria das Transições de Afaf Meleis fornece um enquadramento conceitual fundamental para compreender as mudanças vivenciadas pelos clientes ao longo do ciclo de vida, especialmente em contextos de saúde-doença. No caso particular do AVC, os clientes enfrentam uma transição significativa, marcada por alterações no estado de saúde, na funcionalidade e na adaptação psicossocial. Este processo implica desafios físicos, cognitivos e emocionais que influenciam a recuperação e a reintegração na vida quotidiana, pelo que o EEER detém um papel crucial na inclusão do cliente e da família no processo de cuidado e reabilitação, objetivando alcançar um processo de transição saudável e eficaz (Matos & Simões, 2020). Face ao exposto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis procura descrever e destacar as interações entre o enfermeiro e o cliente, enfatizando a importância do acompanhamento das experiências de transição vivenciadas pelo mesmo. Nesse contexto, a principal finalidade das intervenções de enfermagem é a promoção da saúde e do bem-estar (McEwen, 2016).

Posto isto, a transição representa a passagem de um estado de estabilidade para outro, resultante de um processo desencadeado por uma mudança. Assim, as transições assumem um carácter dinâmico e configuram-se como momentos de transformação, podendo ser analisadas tanto com base no processo que as caracteriza como pelos resultados que delas advêm (Meleis, 2012). No seu modelo teórico, Meleis (2012) identifica diferentes tipos de transição, nomeadamente as transições desenvolvimentais, situacionais, relacionadas com a saúde e a doença, e organizacionais. As transições desenvolvimentais estão associadas às mudanças naturais ao longo do ciclo de vida, como o envelhecimento ou a parentalidade. As transições situacionais referem-se a alterações específicas e pontuais na vida do cliente, como mudanças de papel social ou profissional. Relativamente às transições saúde-doença dizem respeito às modificações resultantes de processos patológicos, recuperação ou reabilitação, exigindo adaptação do cliente e dos seus cuidadores. Por fim, as transições organizacionais ocorrem no contexto de mudanças institucionais, políticas ou estruturais que impactam o funcionamento dos serviços de saúde e a prestação de cuidados (Meleis, 2012). Caracterizadas como processos complexos e multidimensionais, as transições apresentam diversas propriedades que se encontram frequentemente interligadas, entre essas propriedades destacam-se a consciencialização, o envolvimento, a mudança, a diferença, o tempo e os pontos críticos (Meleis, 2012).

De acordo com a mesma autora, a consciencialização refere-se à percepção, ao conhecimento e ao reconhecimento de uma experiência de transição. Trata-se de uma característica essencial desse processo, sendo que a sua ausência pode indicar que o cliente ainda não iniciou a vivência da transição. O envolvimento do cliente ocorre apenas após a tomada de consciência das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais associadas à transição (Meleis et al, 2000). Independentemente da transição experienciada, o EEER deve prestar particular atenção à forma como o cliente ou o cuidador/familiar cuidador percebem e se adaptam à nova condição de saúde, abrangendo as dimensões física, mental, social e económica. Neste sentido, a consciencialização assume um papel fundamental para que a transição ocorra da forma mais saudável possível, exigindo uma intervenção precoce do EEER sempre que esta se encontre comprometida. Com efeito, o envolvimento ativo do cliente só será viável quando este tiver consciencializado das mudanças ocorridas nos domínios físico, emocional e social (Ribeiro et al, 2021b).

Ainda de acordo com a mesma teoria, o enfermeiro deve ter em consideração os fatores dificultadores e facilitadores, incluindo-se neles as condições pessoais, comunitárias e sociais. As terapêuticas de enfermagem, por sua vez, assentem nas ações dos enfermeiros durante os processos de transição (Meleis, 2012). Torna-se assim crucial que o EEER conheça os fatores pessoais (significados atribuídos, crenças, conhecimento), da comunidade e sociedade (apoio da família e da sociedade), atendendo a que estes fatores poderão solicitar terapêuticas de enfermagem que desencadeiem respostas positivas à transição (Ribeiro et al, 2021b). As intervenções implementadas pelo EEER procuram gerar nos clientes a seu cuidado padrões de resposta adequados, quer no que respeita ao processo, quer no que respeita ao resultado (Ribeiro et al, 2021b).

Assim, no âmbito dos padrões de resposta, emergem os indicadores de processo e os indicadores de resultado. Os indicadores de processo dizem respeito a diversos aspetos fundamentais da experiência de transição, nomeadamente: o sentimento de ligação às redes de apoio, incluindo família, amigos e profissionais de saúde; a interação com indivíduos que vivenciam a mesma situação, profissionais de saúde e cuidadores familiares, permitindo clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; a percepção da própria posição no tempo, espaço e relações, facilitando o desprendimento do passado e a aceitação de novos desafios; e, por fim, o desenvolvimento de confiança e ajustamento, que se reflete na capacidade de compreender os diferentes processos inerentes à necessidade de mudança, na utilização eficaz dos recursos disponíveis e na adoção de estratégias que promovam a autoconfiança e a adaptação à nova realidade (Meleis et al, 2000). Os indicadores de resultado estão associados à mestria, entendida como o domínio de novas competências, e à integração dinâmica da identidade, que se traduz na reformulação e adaptação da identidade de forma mais flexível e ajustada. Neste sentido, a aptidão para adquirir e desenvolver novas competências assume um papel central para a concretização bem-sucedida do processo de

transição (Meleis, 2000).

O cliente que sofreu um AVC atravessa um processo de transição saúde-doença, uma vez que ocorreu uma mudança significativa na sua vida, conduzindo à passagem de uma condição para outra. A transição é compreendida como um processo psicológico que exige adaptação à nova realidade, implicando o envolvimento ativo do cliente nesse percurso de ajustamento (Meleis, 2010). Efetivamente, o modelo teórico de Afaf Meleis proporciona uma compreensão aprofundada do conceito de transição, orientando o EEER na definição de objetivos e na planificação e execução do plano de cuidados. As intervenções terapêuticas de enfermagem, bem como os indicadores de processo e de resultado, refletem-se nas competências específicas do EEER que diz respeito à capacitação do cliente para enfrentar a transição em que se encontra. Este processo inclui a implementação de estratégias de ensino e treino conduzidas pelo EEER, com o objetivo de promover a adaptação e a autonomia do cliente (Santos et al, 2020a).

Efetivamente no processo de capacitação do cliente com limitação da atividade e restrição da participação, o EEER direciona a sua intervenção para dois aspetos fundamentais. Por um lado, utiliza o seu conhecimento para promover o empoderamento do cliente na tomada de decisão, com o objetivo de maximizar a sua autonomia. Por outro, recorre ao desenvolvimento de competências para fomentar a independência do cliente na realização das atividades da vida diária. O EEER tem, assim, como responsabilidade promover a capacitação do cliente que apresenta deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, com o objetivo de otimizar a sua autonomia, facilitar a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, melhorar a integração na sociedade e, conseqüentemente, contribuir para uma perceção mais positiva da qualidade de vida relacionada com a saúde, com especial enfoque no processo de transição saúde-doença. A intervenção centrada nos focos de conhecimento e aprendizagem de competências permite fortalecer o empoderamento do cliente, promovendo a tomada de decisão e a iniciativa para ação. Este processo possibilita o desenvolvimento de capacidades essenciais para enfrentar os desafios quotidianos que decorrem das transições vivenciadas, permitindo ao indivíduo uma tomada de decisão mais informada e uma maior autonomia (Santos et al, 2020a, Sousa et al, 2020).

A aprendizagem de competências traduz-se na aplicação prática do conhecimento adquirido, promovendo o empoderamento e a tomada de decisão, com o objetivo de aumentar a autonomia da cliente na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Este processo contribui para uma transição bem-sucedida, evidenciada pela perceção de mestria na execução dessas atividades e pela integração de uma nova identidade, refletindo a consciencialização das suas capacidades e da adaptação à nova condição. Associados a estes indicadores de uma transição saudável e eficaz, os EEER, através da implementação de intervenções específicas, podem avaliar a efetividade das estratégias utilizadas no desenvolvimento de competências, recorrendo a indicadores de estrutura, processo e resultado

(Sousa et al, 2020).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 23 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-02 08:00:00	Pantoprazol 40mg, PO, 1x/dia	
2024-12-02 08:00:00	Ácido Acetilsalicílico 100mg PO, 1x/dia	
2024-12-02 08:00:00	Enoxaparina 40mg, Sc 1x/dia	
2024-12-02 08:00:00	Paracetamol 1g, PO, SOS	
2024-12-02 08:00:00	Atorvastatina 40mg, PO, 1x dia	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Pantoprazol 40mg, PO 1x/dia - O pantoprazol é um fármaco antiácido, antiulceroso e modificador da secreção gástrica, atuando na inibição da bomba de prótons. Está indicado para o tratamento da esofagite de refluxo, como tratamento complementar na erradicação do *Helicobacter pylori*, para úlceras duodenais e gástricas, para a síndrome de Zollinger-Ellison e outras condições de hipersecreção patológica. Um inibidor da bomba de prótons deve ser oferecido a qualquer pessoa com AVC isquémico agudo para a qual seja relatada dispepsia prévia associada à aspirina (NICE, 2019).

Atorvastatina 40 mg, PO 1x/dia - A atorvastatina é uma estatina utilizada na prevenção primária e secundária do AVC, atuando na redução dos níveis de colesterol LDL e na

estabilização das placas de ateroma, diminuindo o risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. A sua ação baseia-se na inibição da enzima HMG-CoA redutase, reduzindo a síntese de colesterol hepático e promovendo efeitos anti-inflamatórios e antioxidantes, que contribuem para a proteção vascular. O controlo lipídico deve ser assegurado após um AVC, sendo fundamental a adoção de modificações no estilo de vida, nomeadamente na dieta e na prática de exercício físico, com o objetivo de reduzir os níveis de colesterol. Esta abordagem inclui, igualmente, a terapêutica farmacológica com estatinas, grupo de fármacos ao qual pertence a atorvastatina (Gladstone et al., 2021), visando a redução do LDL para valores inferiores a 1,8 mmol/L (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Enoxaparina 40 mg, SC 1x/dia - A enoxaparina é uma heparina de baixo peso molecular amplamente utilizada na prevenção e tratamento de eventos tromboembólicos, incluindo o AVC de origem isquémica. A sua ação anticoagulante previne a formação e propagação de coágulos sanguíneos, sendo particularmente benéfica em contextos onde o risco de trombose está aumentado. A terapia anticoagulante é fortemente recomendada para a prevenção secundária de AVC (Gladstone et al, 2021). O tratamento com anticoagulação após um AIT ou um acidente vascular cerebral isquémico é, atualmente, geralmente restrito à prevenção secundária a longo prazo do AVC cardioembólico, associado a fibrilhação auricular, trombo intracardíaco, doença valvular cardíaca ou substituição valvular mecânica (NICE, 2019). Os cuidados devem contemplar a inspeção da pele do cliente determinando a presença de sinais de hemorragia ou hematomas, especialmente nos locais de injeção, bem como estar atento a sintomas como queda abrupta da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, tonturas ou presença de sangue (nas fezes ou secreções), que podem indicar hemorragias internas.

Ácido Acetilsalicílico 100 mg, PO - A aspirina está indicada no tratamento do AVC, particularmente nos casos de AVC isquémico, devido às suas propriedades antiplaquetárias, que ajudam a prevenir a formação de coágulos sanguíneos. A sua utilização visa a redução do risco de novos episódios de AVC em clientes que já tenham sofrido um evento isquémico cerebral. Na fase aguda do AVC, todos os doentes devem ser tratados com antiagregantes plaquetários, nomeadamente o ácido acetilsalicílico, assim que a imagem cerebral exclua a presença de hemorragia intracraniana (Gladstone et al., 2021). No entanto, é fundamental ter cuidados específicos ao administrá-la, considerando o risco de hemorragias, especialmente em clientes com histórico de problemas hemorrágicos ou trombocitopenia.

Paracetamol 1g, PO - O paracetamol é um analgésico com propriedades antipiréticas, amplamente utilizado para o alívio da dor ligeira a moderada e para a redução da febre. A sua ação deve-se à inibição da síntese de prostaglandinas, bloqueando as enzimas ciclooxigenases (especificamente COX-3) no sistema nervoso central e, em menor grau, nos tecidos periféricos (Infarmed s/d). A dor é um problema frequente após o AVC e pode emergir associada a diversas causas, incluindo dor neuropática, dor musculoesquelética (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). No caso 2, a cliente apresentava cefaleia, pelo que a gestão da dor mediante a

administração de analgésico é um aspeto fulcral para o sucesso no processo de reabilitação.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

TC CEREBRAL + ANGIO-TC: Ausência de sinais seguramente sugestivos de lesão vascular isquémica aguda/em evolução pela presente técnica. Ausência de densidades hemáticas recentes intracranianas. Sistema ventricular, sulcos corticais e cisternas basais permeáveis. Ausência de desvios posicionais das estruturas da linha média. Estudo em janela óssea sem alterações valorizáveis no contexto clínico referido. Oclusão da ACI direita imediatamente a montante da entrada na base do crânio, sem preenchimento da ACM homolateral. Observa-se afilamento progressivo da ACI após o bulbo - dissecação? Restantes vasos do pescoço e intracranianos patentes.

ECG: ondas p, QRS < 120 ms, sem alterações ST.

ESTUDO ANALÍTICO: Hb12.2 g/dL, leucócitos 13.300, neutrófilos 69%, plaquetas 223 000. Função renal normal. Na⁺ 135 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Mg 1.8 mg/dL, PCR 4.1 mg/L.

ESTUDO COAGULAÇÃO: aPTT 23.3 seg, TP 9.8 seg.

RELATÓRIO TROMBÓLISE: Procedimento efetuado sob sedação, punção da artéria femoral esquerda eco-guiada e colocação de introdutor 8F. À direita após punção vasoespasmos importantes que dificultou a progressão da guia. Cateterização da artéria carótida interna direita, utilizando uma bainha longa NeuronMax 088, cateter Simmons 5F e guia hidrofílico 0.035", efetuando-se aquisições face e perfil demonstrando oclusão distal da ACI. Abordou-se a oclusão com cateter RED 68, microcateter 3Max e microguia Synchro Select Standard 14, realizando-se 4 manobras de aspiração com saída de fragmentos de trombo com recanalização proximal e migração distal de alguns trombos. A arteriotomia foi encerrada com dispositivo Angioseal 8F e penso compressivo. Não se registaram intercorrências.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-12-2024 08:00	Força muscular	
02-12-2024 08:00	Reflexo corneano	
02-12-2024 08:00	Memória	
02-12-2024 08:00	Deglutição	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Visão	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Percepção corporal	
02-12-2024 08:00	Alimentar-se	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Vestir-se ou despir-se	
02-12-2024 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
02-12-2024 08:00	Sentar-se	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Transferir-se	
02-12-2024 08:00	Erguer-se	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Virar-se	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Eliminação urinária	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Eliminação intestinal	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
02-12-2024 08:00	Comunicação verbal	
02-12-2024 08:00	Sensações somáticas	
02-12-2024 08:00	Equilíbrio dinâmico	
02-12-2024 08:00	Equilíbrio estático	03-12-2024 08:00
02-12-2024 08:00	Função motora fina	
02-12-2024 08:00	Tónus muscular	
02-12-2024 08:00	Movimento articular	
02-12-2024 08:00	Consciência	
03-12-2024 08:00	Andar	

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

Consciência

A avaliação do estado de consciência é fundamental na abordagem ao cliente com AVC, permitindo a deteção precoce de alterações neurológicas e a implementação de decisões clínicas atempadas (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Esta avaliação assume particular relevância, uma vez que alterações no nível de consciência podem preceder outras manifestações neurológicas, variando em gravidade consoante a extensão da lesão cerebral (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012). O AVC isquémico agudo é uma causa relevante de redução do nível de consciência, estando associado a aproximadamente 14% dos casos de coma em contexto de emergência (Lutz, 2021). A deterioração clínica nos primeiros dias após o evento isquémico está frequentemente associada ao edema cerebral, em detrimento da

progressão da lesão inicial (Boling & Keinath, 2018). Neste sentido, a monitorização rigorosa do estado de consciência é essencial para a estratificação do risco, a definição do prognóstico e a orientação terapêutica (Greenberg, 2018). A Escala de Coma de Glasgow (Menoita, 2012) é amplamente utilizada na avaliação do nível de consciência, contudo, apresenta limitações, particularmente na componente verbal em doentes com défices linguísticos (Weir et al., 2003; Wijdicks, 2003).

Assim, a sua aplicação deve ser complementada por escalas neurológicas específicas, como a *NIH Stroke Scale* (NIHSS), que permite uma avaliação mais abrangente das funções neurológicas, incluindo nível de consciência, função visual, capacidades motoras, sensibilidade, linguagem e integridade cerebelar (Urden et al., 2014; Menoita, 2012).

No presente caso, foi possível verificar-se a ausência de compromisso do estado de consciência. No entanto, mesmo na ausência de défices evidentes, a vigilância contínua deste parâmetro mantém-se essencial, face ao risco de deterioração neurológica inerente ao AVC. A deteção precoce de alterações e a implementação célere de intervenções clínicas são determinantes para a prevenção de complicações e para a otimização do prognóstico funcional na reabilitação (Tasneem et al., 2017).

Força Muscular

A força muscular é determinante para a destreza e funcionalidade dos membros superiores e inferiores, influenciando também o equilíbrio, a marcha e a realização das atividades da vida diária. Assim, a recuperação da força muscular deve ser o foco da intervenção terapêutica, visando a melhoria do movimento e da função global (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). A paralisia decorrente do AVC resulta da interrupção da transmissão do sinal entre o córtex motor e a medula espinhal, comprometendo a capacidade de iniciar e finalizar a contração muscular, bem como a velocidade de desenvolvimento da força, com impacto funcional significativo (Raghavan, 2015).

A avaliação motora inclui a observação da postura dos membros e dos movimentos espontâneos, sendo essencial para a monitorização neurológica (Feijó, 2020). A avaliação da força muscular, realizada através da comparação da lateralidade dos membros, permite a deteção de défices motores e a localização da lesão cerebral (Lindsay et al., 2010). A parésia facial, frequentemente presente após um AVC, compromete a simetria e a função muscular, resultando em dificuldades na articulação da fala e na expressão facial, com impacto na comunicação e na qualidade de vida (Konecny et al., 2011). Caracteriza-se por uma paralisia do quadrante inferior da face, contralateral à lesão, com preservação da funcionalidade do músculo frontal (Menoita, 2012).

A fraqueza muscular compromete a funcionalidade e a independência do cliente, exigindo uma avaliação rigorosa para direcionar intervenções terapêuticas eficazes. A reabilitação deve incluir

exercícios intensivos, repetitivos e específicos para promover a recuperação da força muscular (Teasell & Hussein, 2018). Nos situações em que os clientes não apresentam capacidade para executar movimento contra a gravidade, recomenda-se a utilização de adjuvantes, como a estimulação funcional (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A escala do Medical Research Council é um instrumento amplamente utilizado na avaliação da força muscular, permitindo graduar a contração muscular de 0 (ausência de contração) a 5 (força muscular normal) (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Esta escala é essencial para diagnosticar défices motores, monitorizar a evolução clínica e aferir a eficácia das intervenções terapêuticas, sendo amplamente utilizada em contextos de reabilitação. Para a avaliação da paralisia facial, a escala de House-Brackmann permite quantificar a gravidade da lesão nervosa, variando entre grau I (função normal) e grau VI (paralisia total). A observação da simetria facial e a análise da resposta a comandos motores específicos possibilitam uma classificação objetiva do défice motor e orientam a abordagem terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No que concerne ao caso, a cliente apresentava hemiparésia e parésia facial esquerda, condição que evidenciou a relevância da inclusão deste domínio no planeamento e na implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação. A hemiparésia e a parésia facial, decorrentes do défice neuromotor associado ao AVC, comprometem de forma significativa a mobilidade, a funcionalidade e a autonomia da cliente, tornando essencial uma abordagem estruturada, focada na recuperação do movimento e na prevenção de complicações secundárias.

Movimento Muscular

O movimento resulta de uma interação complexa entre as forças geradas pelos músculos, sob o controlo do sistema nervoso central, e fatores ambientais, podendo ser comprometido por patologias neurológicas, como o AVC (Thomas et al., 2021). A mobilização articular constitui uma intervenção terapêutica fundamental na otimização da amplitude de movimento (ADM), na redução da dor e na melhoria da funcionalidade (Heiser et al., 2014). No contexto do AVC, a ADM encontra-se frequentemente reduzida, agravando-se com o desenvolvimento de contraturas articulares, resultantes da diminuição do comprimento muscular e do aumento da rigidez muscular e do tecido conjuntivo. A mobilização articular ao longo da sua amplitude total assume, assim, um papel essencial na reabilitação (Pollock, 2014). A avaliação da ADM pode ser realizada através da goniometria, método recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2016) para a identificação e documentação de rigidez articular. O protocolo de avaliação deve incluir a análise do movimento articular, o posicionamento e estabilização da articulação, bem como o alinhamento adequado do goniómetro.

Relativamente ao caso, a cliente não apresentava limitações funcionais decorrentes da restrição do movimento articular. Ainda que não fossem determinadas alterações na amplitude do movimento articular a abordagem da ER centrou-se na avaliação detalhada da amplitude articular, e dor associada ao movimento, permitindo a definição de um plano de cuidados

estruturado, orientado para a otimização da funcionalidade do membro afetado.

Tónus Muscular

O tónus muscular corresponde a um estado de ligeira contração dos músculos voluntários, mesmo em repouso, sendo particularmente acentuado nos músculos antigravíticos, responsáveis pela manutenção da postura ereta (Johnstone, 1979). Este tónus resulta do equilíbrio entre a força muscular e a ação da gravidade, permitindo ajustes posturais contínuos (Branco & Santos, 2010). Após um AVC, verifica-se frequentemente uma fase inicial de hipotonia, evoluindo posteriormente para um aumento do tónus muscular, frequentemente associado à espasticidade, caracterizada por uma resistência aumentada ao movimento passivo (Menoita, 2012). O aumento do tónus muscular pode comprometer significativamente a recuperação funcional, afetando a qualidade de vida, o controlo motor e a realização das atividades de vida diária (Persson et al., 2020). A Escala de Ashworth Modificada é amplamente utilizada na avaliação do tónus muscular e da espasticidade, sendo considerada o "Gold Standard" para este efeito. Baseia-se na realização de mobilizações passivas dos membros, permitindo quantificar a resistência muscular ao movimento passivo e avaliar a gravidade da espasticidade (Bohannon et al., 1987; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No que concerne ao caso, a cliente não manifestava alterações ao nível do tónus muscular em ambos os contatos estabelecidos. Ainda que tal não tivesse presente, no âmbito da ER, a exploração da alteração do tónus muscular foi executada de forma sistemática, atendendo ao comprometimento que acarreta sobre a estabilidade articular, a funcionalidade do membro afetado e a capacidade de realização das atividades de vida diária.

Deglutição

A deglutição é um processo sensório-motor complexo que envolve a coordenação de diversos grupos musculares para a progressão segura do bolo alimentar desde a cavidade oral até ao estômago, garantindo simultaneamente a proteção das vias aéreas (Farpour et al., 2023). Este processo, regulado por um circuito neural no bulbo rostral ventromedial da medula espinhal e influenciado por mecanismos corticais e subcorticais, requerendo a participação de 26 pares de músculos, cinco nervos cranianos e o envolvimento do sistema nervoso central e periférico (Santos et al., 2023). A disfagia, definida como a dificuldade na deglutição de alimentos, líquidos e saliva, é uma complicação frequente após um AVC, com uma incidência entre 40% e 78% (Takizawa et al., 2016; National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

As lesões decorrentes do AVC podem comprometer diferentes fases da deglutição, resultando em dificuldades na iniciação do reflexo de deglutição, dispraxia, ou hipotonia muscular grave, afetando a transferência do bolo alimentar (Fairfield & Smithard, 2020). A evidência científica aponta para uma relação entre atrasos na triagem e avaliação da disfagia e um risco acrescido de pneumonia associada ao AVC (Schrock et al., 2018). Assim, a identificação precoce da

disfagia é crucial, sendo recomendado que os clientes com AVC agudo sejam avaliados no prazo de quatro horas após a admissão hospitalar, recorrendo a instrumentos de rastreio validados (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

O Gugging Swallowing Screen (GUSS) é um dos instrumentos de rastreio mais utilizados na identificação precoce da disfagia, apresentando uma sensibilidade de 97% e especificidade de 67% na previsão do risco de aspiração (Araújo et al., 2021). A sua aplicação segue um protocolo estruturado em duas fases: uma avaliação indireta, que analisa parâmetros como a consciência e o controlo da saliva, e uma avaliação direta, que envolve testes progressivos com diferentes consistências (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No caso clínico analisado, a cliente não apresentava alterações no processo de deglutição. Porém, no âmbito da ER, para determinar esta ausência do compromisso da deglutição foi realizada uma avaliação preliminar e teste indireto da deglutição, recorrendo-se ainda ao instrumento de rastreio de GUSS.

Função Motora Fina

Após um AVC, a destreza motora fina pode encontrar-se comprometida, dificultando a execução de movimentos essenciais. Esta limitação deve-se, em grande parte, à hemiparesia resultante da lesão cerebral, que afeta diretamente as capacidades motoras da mão. Esta condição representa uma das principais causas de perda de aptidão profissional, dificuldades de integração social e limitação na realização das atividades de autocuidado (Menoita et al, 2012). Procedente a um AVC, a adaptação dos movimentos de alcance e preensão encontra-se comprometida, mesmo perante a realização repetitiva de exercícios com a mão afetada (Raghavan, 2015). Esta limitação sugere uma incapacidade dos clientes em perceber os erros motores e ajustar o seu comportamento em conformidade. A adaptação motora exige inputs sensoriais específicos, nomeadamente a proprioceção para avaliar as forças musculares utilizadas na elevação de objetos, a sensação tátil para ajustar a força de preensão conforme a textura do objeto e a informação visual para moldar a mão de acordo com o formato do objeto (Raghavan, 2015).

No caso específico da cliente do caso, a presença de parésia do membro superior esquerda, resultou em alterações funcionais significativas, observadas tanto na primeira como na segunda sessão. Estes achados reforçam a importância de uma avaliação contínua da função motora, com a finalidade de desenvolver um plano de cuidados de reabilitação direcionado para a otimização da funcionalidade do membro afetado.

Sensação Somática

A perda sensorial é uma limitação amplamente reconhecida após um AVC, com uma prevalência variável na literatura, podendo afetar até 80% dos indivíduos, comprometendo sensações somáticas como tato, proprioceção, temperatura e dor (National Clinical Guideline for Stroke,

2023). Relativamente à cliente do caso, não se verificaram alterações ao nível da sensibilidade superficial e profunda. Porém, a cliente apresentava cefaleia, o que foi devidamente considerado na abordagem terapêutica. Reconhecendo o impacto da dor no processo de reabilitação, foram implementadas estratégias para a sua gestão, incluindo a otimização do regime analgésico. A adequada controlo da dor revelou-se essencial para promover o conforto, facilitar a participação ativa nas intervenções de reabilitação e maximizar os ganhos funcionais.

Perceção Corporal

A negligência unilateral é uma condição neuropsicológica caracterizada pela incapacidade de reconhecer ou responder a estímulos no lado contralateral à lesão cerebral, sem que tal resulte de défices motores ou sensoriais. Pode ocorrer na sequência de diversas patologias, mas manifesta-se com maior frequência após um AVC, sobretudo em lesões do hemisfério direito (Zhang et al., 2022). De acordo com a National Clinical Guideline for Stroke (2023), esta condição compromete a capacidade de processar informações espaciais, interferindo no raciocínio, memória e interação com o meio envolvente. A negligência pode traduzir-se na dificuldade em relatar estímulos, iniciar movimentos dirigidos para o lado afetado ou manter o olhar e a postura corporal alinhados, com um desvio para o lado ipsilesional (Esposito et al., 2021).

A prevalência da negligência unilateral varia entre 20% e 80%, dependendo da localização da lesão e do tempo decorrido após o AVC. É mais frequente em lesões do hemisfério direito, sendo que a negligência esquerda tende a ser mais grave (Esposito et al., 2021). A sua gravidade pode oscilar entre formas evidentes, como a incapacidade de desviar o olhar da linha média, e manifestações subtis observadas apenas em tarefas cognitivamente exigentes (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A Catherine Bergego Scale é um instrumento de avaliação utilizado para identificar a presença de heminegligência e anosognosia em clientes, através da observação direta do seu desempenho de tarefas direcionadas para o autocuidado. A pontuação varia entre 0 e 3, sendo que 0 indica ausência de heminegligência, 1 corresponde a negligência ligeira, 2 a negligência moderada e 3 a negligência grave. Este instrumento possibilita uma avaliação estruturada e sistemática, contribuindo para a identificação precoce da heminegligência e para a definição de estratégias de intervenção adequadas (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Araújo et al, 2021).

No caso, no que respeita à avaliação da negligência unilateral, embora a lesão tenha ocorrido no hemisfério direito, não foram identificadas alterações na cliente em questão. No entanto, foram implementadas estratégias preventivas e de estimulação da perceção sensorial, com o objetivo de promover a consciencialização corporal e espacial. Entre as medidas adotadas, destacam-se a disposição da mesa de apoio no lado esquerdo e a abordagem preferencial pelo lado afetado,

de forma a incentivar a exploração ativa desse hemiespaço. Estas intervenções tiveram por base potenciar a integração sensorial e prevenir possíveis défices secundários, contribuindo para a maximização da funcionalidade e da autonomia da cliente no processo de reabilitação.

Comunicação Verbal

Mais de 50% das pessoas com AVC apresentam distúrbios da comunicação oral, sendo a afasia e a disartria as perturbações mais frequentes. Cerca de 70% dos doentes recebem alta hospitalar com dificuldades comunicativas, aumentando o risco de isolamento social e depressão (Goulart et al., 2016).

A afasia compromete a expressão verbal, a compreensão, a leitura (alexia) e a escrita (agrafia), afetando significativamente a qualidade de vida e o bem-estar emocional dos indivíduos (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Schmidt & Fontanesi, 2016). Dependendo da sua localização cerebral, pode manifestar-se como afasia fluente ou não fluente, comprometendo diferentes aspetos da linguagem.

A disartria, por sua vez, é uma perturbação neuromotora da fala, caracterizada por movimentos lentos, fracos e imprecisos da musculatura orofacial, afetando a inteligibilidade da comunicação oral. Frequentemente, está associada à disfagia e ocorre nas fases iniciais do AVC (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). A avaliação da afasia pode ser realizada através do *Aphasia Rapid Test* (ART), um teste breve e estruturado que avalia a compreensão, repetição, nomeação e fluência do discurso, permitindo um diagnóstico rápido e a estratificação da gravidade da afasia (Tábuas-Pereira et al., 2018).

No caso analisado, a cliente apresentava, na primeira sessão, comprometimento da comunicação expressiva associado a disartria. Na segunda sessão, verificou-se uma franca melhoria na fluência da linguagem.

Visão

A perda visual constitui uma das sequelas mais incapacitantes do AVC, podendo também manifestar-se como um sintoma precoce de alerta para a sua ocorrência. A deteção atempada de alterações visuais assume um papel essencial na prevenção de novas lesões vasculares, possibilitando uma intervenção precoce e a implementação de medidas terapêuticas adequadas (Pula & Yuen, 2017). As alterações visuais após o AVC são frequentes e impactam significativamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos clientes. Entre estas, destacam-se défices na acuidade visual, perda do campo visual – como a hemianopsia –, e perturbações dos movimentos oculares, resultando em manifestações como diplopia, nistagmo, visão turva e défices na perceção de profundidade (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A hemianopsia homónima, resultante da lesão das vias ópticas retroquiasmáticas, constitui uma das principais consequências do AVC no sistema visual, comprometendo atividades como a

leitura, a condução e a mobilidade, aumentando o risco de quedas e dificultando a percepção espacial (Pula & Yuen, 2017). Esta condição pode ser completa ou parcial, podendo, em alguns casos, preservar a visão macular, o que facilita a compensação visual. Contudo, muitos clientes apresentam dificuldades na exploração visual e na percepção do espaço ao lado afetado, podendo desenvolver negligência visual (Pula & Yuen, 2017). Importa ainda distinguir os défices visuais de perturbações perceptivas, como a agnosia visual e a negligência (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Para além da hemianopsia, o AVC pode originar outras alterações visuais, tais como quadrantanopsia, diplopia, nistagmo e síndrome do olhar conjugado, dependendo da localização da lesão (Pula & Yuen, 2017). Estas limitações comprometem a autonomia, a segurança e a interação social dos indivíduos, exigindo uma identificação precoce e a implementação de estratégias de compensação. A reabilitação deve incluir a adaptação do ambiente, o treino de compensação visual e o uso de auxiliares óticos, visando maximizar a funcionalidade (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A cliente não apresentava alterações dos campos visuais. No entanto, procedeu-se à sua avaliação com o objetivo de identificar eventuais défices visuais, garantindo uma abordagem abrangente e direcionada à deteção precoce de possíveis alterações.

Eliminação Urinária e Eliminação Intestinal

A perda do controlo vesical e intestinal é uma ocorrência frequente na fase aguda do AVC e pode persistir ao longo do tempo. A incontinência urinária aumenta significativamente o risco de deterioração cutânea e desenvolvimento de úlceras por pressão. Por sua vez, a incontinência fecal está associada a AVC's mais graves e apresenta desafios acrescidos na sua gestão. A obstipação é também uma complicação comum, verificando-se em aproximadamente 55% das pessoas no primeiro mês após o AVC, podendo agravar tanto a incontinência urinária como a fecal (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). No que respeita à cliente foi possível determinar a presença de continência urinária e intestinal, manifesta pelo reconhecimento da cliente na vontade de urinar e evacuar, após solicitação para se deslocar ao sanitário. A especificidade dos parâmetros avaliados, relativos à eliminação urinária e intestinal, estão discriminados no plano de cuidados.

Autocuidado: Virar-se / Vestir-se/despir-se/ Alimentar-se / Cuidar da Higiene Pessoal/Andar

Após o AVC os indivíduos, frequentemente, apresentam limitações nas suas capacidades funcionais e no desempenho das AVD, comprometendo a sua autonomia. Estas dificuldades podem resultar na necessidade contínua de apoio por parte de cuidadores ou, em alguns casos, levar à institucionalização (Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012). De acordo com ICNP (2019) o autocuidado é definido como a capacidade do cliente de realizar, por si próprio, atividades essenciais para a sua manutenção, funcionalidade e bem-estar. Inclui a gestão das suas

necessidades básicas, íntimas e das atividades de vida diária. O treino das AVD desempenha um papel essencial na promoção do autocuidado, englobando diversas componentes e estratégias específicas para a realização das tarefas. Em determinados casos, torna-se necessário recorrer a ajudas técnicas ou produtos de apoio, tais como barras de suporte, assentos sanitários adaptados, materiais antiderrapantes, pinças, vestuário funcional, bem como copos e talheres adaptados. Estas adaptações permitem uma execução mais autónoma das atividades, proporcionando maior conforto, reduzindo o esforço físico e a dor, além de otimizar o gasto energético (Menoita, 2012, Matos & Simões, 2020).

O AVC compromete significativamente a capacidade de andar, afetando inicialmente metade dos sobreviventes, dos quais apenas 80% recuperam a deambulação independente na fase crónica, frequentemente com limitações funcionais. A deambulação, essencial para a funcionalidade e participação social, é alcançada apenas por 30 a 50% dos indivíduos, tornando-se um dos principais objetivos da reabilitação pós-AVC (Selves et al, 2020). De acordo com os mesmos autores, a marcha independente é determinante para a autonomia e qualidade de vida do cliente, influenciando o estado geral de saúde, pelo que a previsão da recuperação da marcha reveste-se de grande importância, permitindo uma gestão adequada das expectativas dos clientes e familiares, além de orientar o planeamento da reabilitação e definir o destino pós-alta.

Face ao exposto, o Índice de Barthel é um instrumento utilizado para avaliar o nível de independência funcional de um indivíduo na realização de atividades básicas da vida diária, englobando dez domínios específicos: alimentação, higiene pessoal, utilização dos sanitários, banho, vestuário, controlo de esfíncteres, deambulação, transferência entre a cadeira e a cama, assim como a capacidade de subir e descer escadas. Este índice, desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, utiliza uma escala de pontuação que varia entre 0 e 100, com intervalos de 5 pontos. A pontuação mínima de zero indica uma dependência total em todas as atividades avaliadas, enquanto a pontuação máxima de 100 reflete uma independência completa para a execução dessas mesmas atividades (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação desenvolvido com base na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial da Saúde, publicada em 1980. A sua finalidade consiste em diagnosticar o grau de capacidade ou incapacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o desempenho individual e a necessidade de assistência para a realização de diversas tarefas motoras e cognitivas da vida diária, bem como monitorizar a evolução do doente ao longo dos programas de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A cliente, do caso em estudo, evidenciava dificuldades na execução em determinadas dimensões do autocuidado. Na primeira sessão, apresentava um grau de dependência parcial, requerendo assistência em determinadas áreas do autocuidado, discriminadas ao longo do

plano de cuidados. Na segunda sessão verificou-se uma melhoria funcional significativa, pelo que a cliente necessitou de estratégias específicas para promover a sua independência no autocuidado, particularmente ao nível do autocuidado andar, decorrente da alteração do equilíbrio dinâmico, determinada na primeira sessão, razão pela qual a capacitação do andar estabeleceu-se no segundo contacto, por questões inerentes à segurança da mesma. A transição da dependência parcial para uma maior independência exigiu um acompanhamento estruturado, centrado na capacitação da cliente para a realização das atividades diárias. Neste sentido, foram implementadas, desde o primeiro contacto, intervenções direcionadas para os domínios do conhecimento e da aprendizagem de competências promovendo o empoderamento, a tomada de decisão e a implementação de ações pela cliente, com o objetivo de desenvolver habilidades que lhe possibilitassem sentir-se capacitada para enfrentar os desafios quotidianos decorrentes de processos de transição. Como tal salienta-se a instrução e treino de competências motoras e o recurso à utilização de técnicas compensatórias, ajustadas às necessidades da cliente e à sua capacidade funcional. A monitorização contínua e a adaptação progressiva das intervenções foram essenciais para garantir uma transição eficaz, promovendo a autoeficácia e a maximização do potencial de recuperação da cliente.

Equilíbrio Estático e Dinâmico

De acordo com o National Clinical Guideline for Stroke (2023) diversos clientes apresentam dificuldades de equilíbrio após um AVC, sobretudo devido à fraqueza dos membros inferiores. No entanto, o controlo reduzido do tronco, as alterações sensoriais, as dificuldades na realização de tarefas duplas e as alterações na perceção da verticalidade podem igualmente contribuir para este défice. O corpo humano possui a capacidade de manter a estabilidade postural em diversas condições, incluindo a presença de perturbações internas e externas. O equilíbrio resulta da integração de informações sensoriais, do funcionamento do sistema nervoso central (SNC) e do controlo motor. Em clientes que sofreram um AVC, a lesão no SNC pode comprometer a capacidade de manter o equilíbrio, aumentando o risco de instabilidade postural e de quedas (Lin et al, 2020).

Efetivamente, um dos problemas mais prevalentes e graves entre indivíduos que sofreram um AVC é o comprometimento do equilíbrio, acompanhado pelo aumento do risco de quedas. Estima-se que cerca de 40% das pessoas experienciem uma queda no primeiro ano após o AVC. As quedas estão associadas a diversas consequências físicas e psicológicas negativas, incluindo lesões, perda de independência e medo de cair (Pérez, 2021). A função dos músculos do tronco revela-se fundamental para a manutenção do equilíbrio, a realização de transferências, a marcha e outras atividades funcionais. Entre os défices mais comuns no equilíbrio e no controlo postural destacam-se a distribuição assimétrica do peso, com predomínio na perna não afetada, a redução dos limites de estabilidade e a presença de ajustamentos posturais antecipatórios comprometidos (Hugues et al., 2019). A maioria dos clientes que sofreram um AVC apresenta dificuldades de equilíbrio estático e dinâmico durante atividades em posição sentada e em pé,

devido ao déficit de controlo postural (Amala & Chippala, 2024).

Efetivamente, o equilíbrio corporal pode ser classificado em estático e dinâmico, sendo que o equilíbrio estático diz respeito à capacidade de manter uma postura com o mínimo de oscilações possível, isto é, mantendo o centro de gravidade no centro de sustentação. Por sua vez, o equilíbrio dinâmico caracteriza-se pela manutenção da postura durante a realização de atividades, o que exige um desempenho motor mais elevado e que geram perturbações, requerendo ajustes corporais para a sua compensação (Rocha et al, 2019; Hyun, 2021).

Face ao exposto, o equilíbrio postural corresponde à posição na qual se alcança uma distribuição otimizada da massa corporal, proporcionando estabilidade e favorecendo a funcionalidade do corpo, tanto em posição estática como em movimento. O controlo postural constitui uma competência sensório-motora complexa, na qual a orientação corporal fundamenta-se na representação interna do esquema corporal, resultante da interação entre múltiplos processos sensório-motores, que envolvem componentes periféricos e centrais dos sistemas visual, somatossensorial e vestibular (Paolucci et al, 2021). Num sistema nervoso sem compromisso, o controlo supraespinal descendente regula a atividade reflexa espinal. No entanto, após lesões resultantes de um AVC essa regulação é interrompida, e conseqüentemente, observa-se uma alteração do limiar da via do reflexo de estiramento, bem como adaptações reflexas comprometidas em indivíduos que sofreram um AVC (Liang et al, 2021). Neste contexto, o déficit de equilíbrio pode aumentar o risco de quedas, reduzir a confiança do cliente na sua mobilidade, comprometer a independência funcional, limitar a atividade e a participação, resultando em impactos negativos na qualidade de vida (Sambe et al, 2022).

A Escala de Equilíbrio de Berg (BBS - *Berg Balance Scale*) é um instrumento amplamente utilizado para a avaliação do equilíbrio funcional, tanto estático como dinâmico, em adultos e idosos. Além de quantificar o desempenho do equilíbrio, esta escala permite a predição do risco de queda, contribuindo para a identificação de indivíduos em maior vulnerabilidade e para a definição de intervenções preventivas (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A BBS é composta por 14 tarefas funcionais específicas, de dificuldade progressiva, que avaliam diversas capacidades motoras essenciais para a realização das atividades da vida diária. Entre estas encontram-se: transição da posição sentada para a posição de pé, permanência em pé sem apoio, permanência sentada sem apoio, transferência entre diferentes superfícies, manutenção do equilíbrio em pé com os olhos fechados, equilíbrio com os pés juntos, alcance de um objeto à frente enquanto permanece em pé, recolha de um objeto do chão, rotação do tronco para olhar para trás sobre ambos os ombros, giro de 360 graus, posicionamento alternado dos pés num degrau, permanência em pé com um pé à frente e apoio unipodal (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A avaliação é realizada através de uma escala ordinal de cinco níveis, atribuindo-se pontuações de 0 a 4 consoante a capacidade do indivíduo para executar a tarefa de forma independente e dentro do tempo previsto. O somatório das pontuações obtidas nas 14 tarefas

resulta num valor total que pode atingir um máximo de 56 pontos. Neste contexto, pontuações mais elevadas indicam melhor equilíbrio e menor risco de queda, enquanto pontuações reduzidas sugerem maior instabilidade postural e risco aumentado de quedas (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No que concerne à cliente do caso em questão, a mesma apresentava comprometimento do equilíbrio dinâmico, evidenciado por dificuldades na manutenção da estabilidade postural durante a realização de atividades que exigiam ajustes posturais contínuos. Observou-se uma oscilação acentuada do centro de gravidade, particularmente em tarefas que envolviam mudanças de direção, transferência de peso e marcha. A avaliação detalhada do equilíbrio dinâmico revelou a necessidade de intervenção direcionada, com enfoque no treino da estabilidade postural e na melhoria da resposta motora a perturbações, de forma a promover a funcionalidade e a autonomia da cliente.

4.6. Conceção de Cuidados

Consciência

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Consciente.

02-12-2024 08:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem Horário]

Força muscular

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Força - contração muscular

02-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo se eliminada a gravidade.

02-12-2024 08:00 - Face Esquerda(o): desvio da comissura labial com apagamento do

sulco naso labial.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade, mas não contra a resistência.

02-12-2024 08:00 - Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research) Membro Superior Escápulo-Umeral: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Abdução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Adução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Rotação Interna - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Rotação Externa - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Cotovelo: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Antebraço: Supinação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Pronação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Punho: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Desvio Radial -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Desvio Cubital -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Circundação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Dedos da Mão: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Abdução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Adução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Circundação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Oponência da Polegar - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Membro Inferior; Coxo-femoral: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Abdução - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Adução - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Rotação Interna - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Rotação Externa - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Joelho: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Tibio-társica: Flexão Plantar- Direito 5/5 Esquerdo 4/5; Flexão Dorsal- Direito 5/5 Esquerdo 4/5;

02-12-2024 08:00 - Avaliação da Face Segundo Escala de House - Brackmann Grau 3 (Disfunção moderada) - Parestesia evidente mas não desfigurante; fecha o olho mas com grande esforço; boca com desvio evidente e sem espasmos e contraturas evidentes.

02-12-2024 08:00 - Paresia

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da força muscular

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Face Esquerda(o), Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Melhorar força muscular

02-12-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro superior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Executar técnica de mobilização dos músculos da face [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Executar técnicas de estimulação facial [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Executar massagem dos músculos da face [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

02-12-2024 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.

03-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

03-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Braço Esquerda(o), Braço Direita(o), Face Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro superior Direita(o), Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Treinar exercícios músculo-articulares [Manhã/Tarde] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares
[Sem Horário]

**02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar a capacidade para executar
exercícios musculares da face**

02-12-2024 08:00 - Instruir sobre exercícios musculares da face [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Treinar sobre exercícios musculares da face [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Força - contração muscular

03-12-2024 08:00 - Face Esquerda(o): desvio da comissura labial com apagamento do sulco naso labial [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MELHOROU].

03-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo se eliminada a gravidade [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research) Membro Superior Escápulo-Umeral: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Abdução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Adução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Rotação Interna - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Rotação Externa - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Cotovelo: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Antebraço: Supinação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Pronação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Punho: Flexão Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Desvio Radial -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Desvio Cubital -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Circundação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Dedos da Mão: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Abdução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Adução - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Circundação -Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Oponência da Polegar - Direito 5/5 Esquerdo 3/5; Membro Inferior; Coxo femoral: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Abdução Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Adução - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Rotação Interna - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Rotação Externa - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Joelho: Flexão - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Extensão - Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Tibio-társica: Flexão Plantar- Direito 5/5 Esquerdo 5/5; Flexão Dorsal- Direito 5/5 Esquerdo 5/5.

Movimento articular

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Articulação

02-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.

02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.

02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.

02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
02-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
02-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

02-12-2024 08:00 - *Avaliar evolução da mobilidade articular [1x/turno]*

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Articulação

03-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Adução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Adução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

- 03-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total.
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
03-12-2024 08:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
03-12-2024 08:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

Tónus muscular

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Tónus

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

02-12-2024 08:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do tónus muscular

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do tónus muscular (Membro superior Esquerda(o), Membro inferior Esquerda(o)) [1x/turno]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Tónus

03-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

Função motora fina

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Destreza manual

02-12-2024 08:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

02-12-2024 08:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade.

02-12-2024 08:00 - Coordenação Motora: Com algumas alterações devido à força muscular diminuída à esquerda. Consegue fazer a prova dedo-nariz e calcanhar joelho sem alterações.

02-12-2024 08:00 - Função motora fina comprometida

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da função motora fina

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da função motora fina (Esquerda(o))
[1x/turno]

02-12-2024 08:00 - Promover adesão: treino da função motora fina

02-12-2024 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.

03-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para executar exercícios da função motora fina: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino da função motora fina: não dificultador.

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios e a função motora fina [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e a função motora fina (Esquerda(o)) [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios da função motora fina

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios da função motora fina (Esquerda(o)) [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Instruir exercícios da função motora fina (Esquerda(o))
[Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Treinar a função motora fina (Esquerda(o)) [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Destreza manual

03-12-2024 08:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões com dificuldade [MANTEVE].

Equilíbrio estático

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

02-12-2024 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [1x/turno] [FIM] 03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao andar.

02-12-2024 08:00 - Avaliação de equilíbrio segundo Escala de Berg: DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ - Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma FICAR EM PÉ SEM APOIO- Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO- Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO - 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos TRANSFERÊNCIAS - Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS - Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS - Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ - Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ - Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ - Necessita de supervisão ao virar DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS - Necessita de supervisão ou de indicações verbais COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO - Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO - Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA - Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

02-12-2024 08:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [1x/turno]

02-12-2024 08:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

02-12-2024 08:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

[Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Assistir no treino do equilíbrio [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Prevenir queda

02-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

02-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

02-12-2024 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-12-2024 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.

03-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: medo de cair.

03-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador [MANTEVE].

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [RESOLVIDO]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio
[Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio
[Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Treinar equilíbrio dinâmico [Manhã/Tarde] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem
Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao treino do equilíbrio [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao treino do
equilíbrio [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Sem
Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico
[Sem Horário]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao rodar sobre si próprio [MELHOROU].

03-12-2024 08:00 - Avaliação de Equilíbrio segundo Escala de Berg: DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ - Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma; FICAR EM PÉ SEM APOIO- Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos; SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO- Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos; DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO - 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos; TRANSFERÊNCIAS - Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos; FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS - Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos; MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS - Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto; INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ - Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas); APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ - Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão; VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ - Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso; DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS - Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas

lentamente; COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO - Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda; FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO - Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos; FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA - Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

Sensações somáticas

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Sem manifestação de prurido.

02-12-2024 08:00 - Sensibilidade superficial

02-12-2024 08:00 - Face Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Face Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Pé Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Mão Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Pé Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

02-12-2024 08:00 - Sensibilidade profunda

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Mão Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Pé Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Pé Esquerda(o)

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

02-12-2024 08:00 - Manifesta dor.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da sensibilidade

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Dor [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Cliente faz referência a cefaleia

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da dor [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da dor [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Diminuir dor [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Gerir analgesia [SOS] [FIM] 03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Sensibilidade superficial

03-12-2024 08:00 - Face Direita(o)

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-12-2024 08:00 - Face Esquerda(o)

- 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
- 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
- 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Mão Direita(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Pé Direita(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Pé Esquerda(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-12-2024 08:00 - Sensibilidade profunda
 - 03-12-2024 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 03-12-2024 08:00 - Membro inferior Direita(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 03-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
 - 03-12-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-12-2024 08:00 - Mão Direita(o)

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-12-2024 08:00 - Mão Esquerda(o)

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-12-2024 08:00 - Pé Direita(o)

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-12-2024 08:00 - Pé Esquerda(o)

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

03-12-2024 08:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

Visão

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Acuidade visual

02-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Acuidade visual

03-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

Percepção corporal

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Percepção do corpo

02-12-2024 08:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

02-12-2024 08:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Percepção do corpo

03-12-2024 08:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior
[MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior
[MANTEVE].

Reflexo corneano

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Integridade do reflexo corneano

02-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso.

02-12-2024 08:00 - Avaliação dos Pares Cranianos: I - Olfativo: Não avaliado; II - Ótico: sem alterações bilateralmente; Sem extinção. III - Oculomotor, IV - Troclear, VI - Abducente: Sem alteração dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotatório), presente contração pupilar bilateral à luz direta, pálpebras simétricas à elevação. V - Trigémio: Sem alteração da sensibilidade tátil, algica e térmica nos ramos mandibular da hemiface direita; reflexo corneano presente. VII - Facial: Assimetria facial ligeira esquerda nos movimentos de sorrir, mostrar os dentes, abrir a boca; percepção gustativa nos 2/3 anteriores da língua normal. VIII - Vestibulococlear: audição simétrica ao estímulo verbal. IX - Glossofaríngeo: Simetria do palato; presença de sensibilidade no terço posterior da língua. X - Vago: Sem disфонia (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia); presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI - Acessório: Faz rotação cervical e elevação dos ombros contra resistência mínima. XII - Hipoglosso: faz protração da língua e movimenta-a para a esquerda/direita/cima/baixo e contra a bochecha.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Integridade do reflexo corneano

03-12-2024 08:00 - Bilateral: sem compromisso [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Avaliação dos Pares Cranianos: I - Olfativo: discrimina o cheiro a canela e café sem dificuldade ; II - Ótico: sem alterações bilateralmente; Sem extinção. III - Oculomotor, IV - Troclear, VI - Abducente: Sem alteração dos movimentos oculares ou nistagmo (horizontal e rotatório), presente contração pupilar bilateral à luz direta, pálpebras simétricas à elevação. V - Trigémio: Sem alteração da sensibilidade tátil, álgica e térmica nos ramos mandibular da hemiface direita; reflexo corneano presente. VII - Facial: Assimetria facial ligeira esquerda nos movimentos de sorrir, mostrar os dentes, abrir a boca; percepção gustativa nos 2/3 anteriores da língua normal. VIII - Vestibulococlear: audição simétrica ao estímulo verbal. IX - Glossofaríngeo: Simetria do palato; presença de sensibilidade no terço posterior da língua. X - Vago: Sem disфонia (rouquidão, voz anasalada, voz húmida, hipofonia); presença de reflexo faríngeo bilateralmente; XI - Acessório: Faz rotação cervical e elevação dos ombros contra resistência mínima. XII - Hipoglosso: faz protração da língua e movimenta-a para a esquerda/direita/cima/baixo e contra a bochecha.

Comunicação verbal

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Tem dificuldade em expressar as palavras .

02-12-2024 08:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

02-12-2024 08:00 - Comunicação verbal expressiva comprometida [RESOLVIDO]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da comunicação [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Promover comunicação [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem [MELHOROU].

03-12-2024 08:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Localização do Pulso

02-12-2024 08:00 - Antebraço Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Frequência do pulso: 79 pulsações por minuto.

02-12-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

02-12-2024 08:00 - Pulso rítmico.

02-12-2024 08:00 - Pulso simétrico.

02-12-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

02-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

02-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 133 mmHg.

02-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Sem Horário]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Localização do Pulso

03-12-2024 08:00 - Punho Direita(o)

03-12-2024 08:00 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.

03-12-2024 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-12-2024 08:00 - Pulso rítmico.

03-12-2024 08:00 - Pulso simétrico.

03-12-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-12-2024 08:00 - Membro superior Direita(o)

03-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.

03-12-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

Deglutição

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

Eliminação intestinal

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

02-12-2024 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

02-12-2024 08:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Ausência de dejeções [MELHOROU].

Eliminação urinária

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Urina em moderada quantidade.

02-12-2024 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

02-12-2024 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

02-12-2024 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

02-12-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

02-12-2024 08:00 - Reconhece a vontade de urinar.

02-12-2024 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

02-12-2024 08:00 - Sem globo vesical.

02-12-2024 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária [FIM] 03-12-2024

08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Urina em moderada quantidade.

03-12-2024 08:00 - Cor da urina: alaranjada.

03-12-2024 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente [MANTEVE].

Memória

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

02-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

02-12-2024 08:00 - Sem desorientação face às pessoas.

02-12-2024 08:00 - Sem desorientação no espaço.

02-12-2024 08:00 - Sem desorientação no tempo.

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução da memória

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da memória [Sem Horário]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

03-12-2024 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

03-12-2024 08:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

Virar-se

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

02-12-2024 08:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Capaz de mudar de posição na cama

03-12-2024 08:00 - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

02-12-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

03-12-2024 08:00 - Levanta o corpo para a posição de pé em segurança.

Transferir-se

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

02-12-2024 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

02-12-2024 08:00 - Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do transferir-se [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Assegurar atividades de transferir-se [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Assistir no transferir-se [Manhã/Tarde] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Prevenir queda [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Promover autonomia para transferir-se [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-12-2024 08:00 - Capacidade para transferir-se

02-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-12-2024 08:00 - Autoeficácia para transferir-se

02-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Instruir a transferir-se [Manhã/Tarde] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Treinar a transferir-se [Manhã/Tarde] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se [Sem

Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Treinar a transferir-se [Manhã/Tarde] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

03-12-2024 08:00 - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

Sentar-se

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

02-12-2024 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

02-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

02-12-2024 08:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

03-12-2024 08:00 - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

03-12-2024 08:00 - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

Cuidar da higiene pessoal

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho.

02-12-2024 08:00 - Abre a torneira.

02-12-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

02-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo.

02-12-2024 08:00 - Lava a cavidade oral.

02-12-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene.

02-12-2024 08:00 - Capaz de pentear-se

02-12-2024 08:00 - Dispositivo: Pente de cabo longo - Penteia-se.

02-12-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário.

02-12-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário.

02-12-2024 08:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

02-12-2024 08:00 - Assistir no tomar banho [Manhã]

02-12-2024 08:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

02-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

02-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para arranjar-se

03-12-2024 08:00 - facilitadora.

02-12-2024 08:00 - Capacidade para tomar banho

02-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para tomar banho

03-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade no uso do sanitário

03-12-2024 08:00 - facilitadora.

03-12-2024 08:00 - Autoeficácia para arranjar-se

03-12-2024 08:00 - facilitadora.

03-12-2024 08:00 - Autoeficácia para tomar banho

03-12-2024 08:00 - facilitadora.

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do cuidar da higiene pessoal [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Instruir a tomar banho [Manhã]

02-12-2024 08:00 - Treinar a tomar banho [Manhã]

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal [Sem Horário]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Abre a torneira [MANTEVE].

- 03-12-2024 08:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
03-12-2024 08:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].
- 03-12-2024 08:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
- 03-12-2024 08:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
- 03-12-2024 08:00 - Capaz de pentear-se
03-12-2024 08:00 - Dispositivo: Pente de cabo longo - Penteia-se [MANTEVE].
- 03-12-2024 08:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].
- 03-12-2024 08:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00

- 02-12-2024 08:00 - Escolhe as roupas.
02-12-2024 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.
02-12-2024 08:00 - Capaz de vestir-se
02-12-2024 08:00 - Não veste todas as peças de roupa.
02-12-2024 08:00 - Capaz de abotoar-se
02-12-2024 08:00 - Abotoa.
02-12-2024 08:00 - Capaz de atar cordões
02-12-2024 08:00 - Não ata cordões.
02-12-2024 08:00 - Capaz de calçar meias
02-12-2024 08:00 - Não calça as meias.

02-12-2024 08:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido

02-12-2024 08:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora [MELHOROU].

02-12-2024 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-12-2024 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

03-12-2024 08:00 - facilitadora [MELHOROU].

03-12-2024 08:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou

despir-se

03-12-2024 08:00 - não dificultador.

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso

no vestir-se ou despir-se [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [Sem Horário]

02-12-2024 08:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde]

02-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [Manhã/Tarde] [FIM]

03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Sem Horário] [FIM] 03-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem Horário] [FIM]

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Capaz de vestir-se

03-12-2024 08:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo [MELHOROU].

03-12-2024 08:00 - Capaz de abotoar-se

03-12-2024 08:00 - Abotoa [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Capaz de calçar meias

03-12-2024 08:00 - Não calça as meias [MANTEVE].

Andar

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Capaz de mover-se através da marcha

03-12-2024 08:00 - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

03-12-2024 08:00 - Andar comprometido

03-12-2024 08:00 - Determinar evolução do andar

03-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do andar [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00 - Prevenir queda

03-12-2024 08:00 - Assistir no andar [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem Horário]

03-12-2024 08:00 - Promover autonomia para andar

03-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: facilitadora.

03-12-2024 08:00 - Capacidade para andar

03-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Autoeficácia para andar

03-12-2024 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

03-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para andar [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00 - Instruir a andar [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00 - Treinar o andar [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

03-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para andar [Sem Horário]

03-12-2024 08:00 - Treinar o andar [Manhã/Tarde]

03-12-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente [Sem Horário]

Alimentar-se

02-12-2024 08:00

02-12-2024 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

02-12-2024 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

02-12-2024 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

02-12-2024 08:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

02-12-2024 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

02-12-2024 08:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

03-12-2024 08:00

03-12-2024 08:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

03-12-2024 08:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

03-12-2024 08:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

03-12-2024 08:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

03-12-2024 08:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre prevenção de quedas

- Ensinar ao cliente sobre o facto de que as limitações que detém podem aumentar o risco de queda, nomeadamente, hemiparesia esquerda e o défice de equilíbrio;
- Orientar a cliente quanto à importância de seguir as recomendações da equipa de enfermagem e solicitar ajuda dos Enfermeiros sempre que necessitar de assistência.

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo assistido respeitando, limiar da

dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão e extensão do cotovelo; pronação e supinação do antebraço; flexão e extensão do punho; desvio cubital e desvio radial do punho; extensão do 1º ao 4º dedo da mão; abdução e adução do 1º ao 4º dedo da mão; abdução, adução, flexão, extensão e oponência do polegar. 1 série de 10 repetições (Rocha et al, 2020, Araújo, et, al, 2021)

Avaliar evolução do tônus muscular

- Avaliar a evolução do tônus muscular com recurso à Escala de Ashworth Modificada;

Avaliar evolução do equilíbrio estático

- Avaliar evolução do equilíbrio segundo Escala de Equilíbrio de Berg;

Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

- Avaliar evolução do equilíbrio segundo Escala de Equilíbrio de Berg;

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Executar treino de alternância de carga nos membros inferiores;
- Executar treino de equilíbrio em pé- alternância unipodal;
- Executar treino de equilíbrio dinâmico em pé e treino propriocetivo;
- Executar treino de equilíbrio dinâmico em pé com contorno de obstáculos;
- Executar treino de equilíbrio com mudança de rotação (Araújo, et al, 2021).

Instruir exercícios músculo-articulares

- Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular [exercícios isotónicos ativos dos segmentos e movimentos de ambos os membros inferiores, assim como na flexão e na rotação da coluna cervical para o lado afetado e para o lado não afetado; automobilização do membro superior afetado (entrelaçando as mãos com as palmas em contato; estender o cotovelo, elevar as mãos acima da cabeça); rolamento para o lado não afetado com estiramento do tronco; rolamento para o lado afetado com carga sensitiva no tronco; oscilação pélvica; ponte] (Rocha, et al, 2020, Teixeira, et al, 2023).

Treinar exercícios músculo-articulares

- Treinar técnicas de exercício muscular e articular [1 serie de 10 repetições em cada sessão, com exceção dos rolamentos (1 repetição em cada sessão, com 1 serie de 10 repetições de estiramento do tronco e de carga sensitiva no tronco (Teixeira, et al, 2023).

Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

- Instruir cliente a que na posição de pé, em frente ao espelho quadriculado, fixe um ponto e realize a flexão de joelho e anca de um membro inferior e posteriormente alterne com o outro membro inferior ;
- Instruir cliente a realizar exercícios na posição de pé - com apoio de braços - realizando rotação, inclinação e flexão do tronco; agachamento; flexão dorsal e plantar; flexão do joelho e apoio unipodal; flexão, abdução e hiperextensão da anca;
- Instruir cliente a realizar percurso traçado no chão em bicos de pés, e de seguida com apenas apoio dos calcanhares, com cinto de transferência colocado;
- Instruir cliente a que com os braços em extensão e mãos entrelaçadas foque o caminho

em frente e inicie a marcha, com cinto de transferência colocado;

- Instruir cliente a iniciar a marcha e alternar obstáculos colocados intencionalmente no chão, com cinto de transferência colocado;
- Instruir cliente a que na posição de sentada com os pés bem assentes no chão e a olhar em frente, se levante e dirija um dos membros inferiores para o local específico designado no chão, voltando-se a sentar. Posteriormente solicita-se outra posição (Rocha, et al 2020; Araújo, et al, 2021).

Instruir a transferir-se

- Instruir técnica de transferência: colocar o cadeirão junto à cama (com respetivas rodas da cama e cadeirão travadas). O processo de transferência, numa fase inicial, por uma questão de segurança (diminuir risco de queda) deve ser feito pelo lado não afetado. Instruir a apoiar o braço não afetado no cadeirão, rodar (travar o joelho afetado da cliente) e sentar no cadeirão. A transferência para a cama segue os mesmos passos em sentido inverso (Araújo, et al, 2021, Rocha et al.,2020).

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Gerir ambiente [redução de estímulos externos (visuais e sonoros), linha de comunicação direta e utilização de discurso simples];
- Incentivar pessoa a comunicar [através de expressões simples, repetição, gestos e entoação variada, assim como de validação de receção da mensagem e reforço positivo]. (Teixeira, et al, 2023)

Treinar a função motora fina

- Executar atividades de enfiamentos, encaixes, colagens, recortes e escrita.

Instruir a tomar banho

- Instruir cliente a adaptar na mão afetada a esponja, o membro superior do cliente procede à lavagem do membro superior não afetado, suportando na cadeira de banho o cotovelo para uma maior funcionalidade e segurança;
- Instruir cliente a lavar a parte inferior do corpo, devendo entrelaçar as mãos, e com uma esponja, lavar a face anterior das coxas;
- Instruir cliente a lavar o membro inferior direito cruzando-o sobre o outro, permitindo a lavagem de forma independente; posteriormente, com recurso a uma escova de cabo longo, procede-se à lavagem dos membros até ao pé; (Araújo et al, 2021).

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Instruir cliente a vestir primeiro a roupa do membro superior afetado, com o cotovelo em flexão, ir vestindo até à região posterior do ombro, e em seguida vestir o membro superior não afetado;
- Instruir cliente a começar por vestir as calças do membro inferior afetado, devendo para tal cruzar as pernas com as mãos entrelaçadas suportando o membro, em seguida descruza o membro com as mãos entrelaçadas, e em seguida veste o membro inferior não afetado;
- Instruir cliente a despir-se de forma independente, puxando a camisola sobre a cabeça até retirar. Posteriormente retirar a manga do membro superior não afetado e em seguida do

membro superior afetado;

- Instruir cliente a despir a parte inferior do corpo adotando a posição ortostática, para baixar as calças, posteriormente senta-se numa cadeira e despe primeiro o membro não afetado e em seguida, entrelaçar os dedos, cruzar o membro inferior afetado por cima do membro inferior não afetado e retirar as calças (Araújo, et al, 2021).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido respeitando, limiar da dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão e extensão do cotovelo; pronação e supinação do antebraço; flexão e extensão do punho; desvio cubital e desvio radial do punho; extensão do 1º ao 4º dedo da mão; abdução e adução do 1º ao 4º dedo da mão; abdução, adução, flexão, extensão e oponência do polegar. 1 série de 10 repetições (Araújo, et, al, 2021).
- Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido respeitando limiar da dor e amplitude articular, assim como planos e eixos: flexão da coxofemoral - elevação do membro inferior com extensão do mesmo; abdução e adução da anca; rotação interna e externa; flexão e extensão do joelho; mobilização da rótula; inversão e eversão da tibiotalársica; flexão e extensão dos dedos do pé em simultâneo - 1 série de 10 repetições (Araújo, et, al, 2021).

Instruir exercícios da função motora fina

- Instruir sobre a exercícios de apreensão e libertação - manipulação de pequenos objetos para melhorar a destreza;
- Instruir sobre exercícios de coordenação fina - como pinça digital e manipulação de esferas;
- Instruir sobre exercícios de treino funcional - atividades simulando tarefas do dia a dia, como abotoar camisas, manusear talheres, escrever e virar páginas de um livro (Térémetz M, et al, 2023).

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar força muscular segundo Medical Research Council (MRC);

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Avaliar a evolução de sinais de alteração da consciência utilizando a Escala de Coma de Glasgow (abertura ocular, resposta verbal e resposta motora)

Executar técnica de mobilização dos músculos da face

- Executar técnica de mobilização dos músculos da face (unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar de depressão do lábio inferior);
- Executar técnica de suporte passivo com a cliente, utilizar o movimento desejado usando um a três dedos, sendo posteriormente retirados, enquanto a cliente tenta manter a contração;
- Executar exercícios repetidos e de maior amplitude dos músculos afetados. Nos exercícios resistidos é aplicada resistência manual em direção oposta ao movimento pretendido (Araújo, et al, 2021).

Executar técnicas de estimulação facial

- Executar estimulação tátil e térmica (gelo para estimulação e quente para relaxamento) da região facial (Araújo, et al 2021).

Executar massagem dos músculos da face

- Executar massagem dos músculos da face (realizada preferencialmente em posição anti gravítica, em ambos os lados da face, fornecendo estímulos sensoriais simétricos, embora com maior foco na hemiface afetada. Os movimentos devem ser circulares, com exceção da asa do nariz que devem ser em forma de oito) (Matos, 2011; Araújo, et al, 2021).

Instruir sobre exercícios musculares da face

- Instruir cliente a unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar olhos com força, assobiar, encher a boca de ar, baixar lábio inferior, sorrir e mostrar os dentes, devendo estar na posição de sentada em frente ao espelho (Araújo, et al, 2021)

Treinar sobre exercícios musculares da face

- Treinar exercícios musculares da face numa série de 10 de cada exercício, 3 vezes por dia (Araújo et al, 2021)

Assistir no andar

- Abordar o cliente pelo lado afetado, garantindo que o peso é transmitido através do calcanhar, com o pé totalmente pousado no chão e mantendo os pés paralelos. Controlar o membro superior afetado, suportando o ombro e a mão, mantendo o cotovelo e punho em extensão. Durante a fase de balanço, se necessário, controlar o impulso inicial do pé e o joelho do lado afetado (Araújo, et al, 2021).

Instruir a andar

- Instruir cliente sobre técnica de adaptação para andar - andar apoiado sobre os dedos dos pés e/ou apoiado no calcanhar no sentido de fortalecer os músculos e promover o equilíbrio dinâmico
- Instruir cliente sobre técnica de adaptação para andar - solicitar a percorrer uma linha traçada no chão com apoio nos dedos dos pés e posteriormente com o calcanhar;
- Instruir cliente sobre técnica de adaptação para andar - solicitar a andar em linha, promovendo o seu equilíbrio dinâmico e coordenação;
- Instruir cliente a subir e descer escadas - Subir: apoiar a mão não afetada no corrimão; 1º membro inferior não afetado; 2º membro inferior afetado; Descer: Apoiar a mão não afetada no corrimão; 1º membro inferior afetado; 2º membro inferior não afetado (Rocha, et al, 2020, Araújo, et al, 2021).

4.8. Síntese relativa ao caso

No presente estudo de caso, analisou-se a intervenção do EEER junto de uma cliente com défices funcionais resultantes de um AVC, ao longo de dois momentos de contacto, ainda que

num curto espaço de tempo entre eles. A abordagem adotada fundamentou-se nos princípios da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e da Teoria das Transições de Afaf Meleis, com especial enfoque na transição saúde-doença vivenciada pela cliente e na sua capacitação para o autocuidado.

No primeiro contacto, identificaram-se alterações na comunicação, na força muscular do hemicorpo esquerdo e no equilíbrio dinâmico, elementos essenciais para a funcionalidade da cliente. Assim, a intervenção centrou-se numa fase inicial na adoção de um sistema de enfermagem parcialmente compensatório dos autocuidados, e em intervenções direcionadas para os domínios do conhecimento e da aprendizagem de competências (Sousa et al, 2020). Nesta lógica, procedeu-se com o respetivo treino das AVD, bem como no treino do equilíbrio, constituindo um primeiro passo fundamental no processo de reabilitação.

Importa salientar que o processo de reabilitação precoce, entenda-se a mobilização precoce, treino de força muscular e treino de equilíbrio, foi iniciado entre as 24 a 48 horas após o evento neurológico, tendo por base a estabilidade clínica e garantindo a segurança da cliente. Este intervalo permitiu uma avaliação rigorosa da sua condição clínica e da capacidade de resposta às intervenções, assegurando que a reabilitação fosse conduzida de forma segura e eficaz. Além disso, durante este primeiro contacto, destacou-se a importância da negociação e da consciencialização da cliente relativamente à sua condição, reforçando a autoeficácia como um elemento essencial para uma transição bem-sucedida.

Efetivamente, o equilíbrio desempenha um papel fundamental na realização das AVD, nomeadamente no banho no chuveiro, nas transferências e na marcha (Rocha, 2020). Face ao exposto, no segundo contacto, verificou-se uma evolução favorável do quadro clínico, evidenciando os benefícios do plano de reabilitação instituído previamente. Observaram-se ganhos significativos ao nível da força muscular e do equilíbrio postural, permitindo um enfoque mais específico na capacitação para o autocuidado andar. A melhoria do equilíbrio dinâmico possibilitou a progressão das intervenções, contribuindo para uma maior autonomia funcional. Efetivamente, o controlo postural exerce uma influência determinante no desempenho da marcha, sendo necessário alcançar primeiro o equilíbrio na posição de pé. Assim, no treino de equilíbrio implementado neste caso clínico, as atividades foram estruturadas com base em exercícios de flexão do joelho, flexão/extensão coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução) e treino de equilíbrio dinâmico em pé.

Lupo et al (2018), dizem-nos que a melhoria das competências motoras de equilíbrio na posição de pé é promovida através de exercícios como a flexão plantar, a flexão do joelho e da articulação coxofemoral, a abdução da perna.

Destaca-se, assim, a eficácia da intervenção do EEER na prescrição e implementação de exercícios direcionados à recuperação do equilíbrio postural no cliente com AVC isquémico. De facto, para além de prestar cuidados a clientes com necessidades especiais ao longo do ciclo de

vida, o EEER tem como competência específica a capacitação e a maximização das competências funcionais da pessoa, promovendo um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando, assim, o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Regulamento nº 392/2019).

Na verdade, ao longo da vida, o ser humano enfrenta diversas mudanças, sendo que eventos críticos podem provocar alterações na perceção da saúde, do bem-estar e da capacidade de autocuidado. Estes momentos representam um processo de transição, durante o qual a pessoa se torna mais vulnerável a riscos que podem comprometer a sua saúde. De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis, o EEER assume um papel mediador neste processo, dado que dispõe de conhecimentos estruturados que permitem a identificação de diagnósticos e a implementação de intervenções especializadas, orientando a pessoa no sentido da otimização dos objetivos terapêuticos (Rocha et al, 2020).

No contexto da ER, foi possível percecionar o impacto do EEER na promoção da adaptação, na negociação do processo de reabilitação e no desenvolvimento da autoeficácia da cliente, facilitando, assim, o alcance de uma transição saúde-doença bem sucedida.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A pertinência das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista está alicerçada no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da OE, o qual estabelece as competências comuns a todos os Enfermeiros Especialistas (EE). Este regulamento reforça a necessidade de um exercício profissional diferenciado, que responda eficazmente aos desafios contemporâneos da saúde, promovendo cuidados especializados, seguros e baseados na melhor evidência científica disponível (Regulamento n.º 140/2019).

A complexidade crescente das necessidades dos indivíduos e das populações exige que os enfermeiros especialistas detenham um conjunto de competências avançadas. Posto isto, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE, as competências comuns são aquelas partilhadas por todos os EE, independentemente do seu campo de especialização. Essas competências são demonstradas pela habilidade notável na conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, além do apoio eficaz ao exercício profissional especializado, abrangendo áreas como formação, investigação e consultoria. O regulamento define o EE como o profissional reconhecido por sua capacidade científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas suas áreas de atuação, tendo recebido a certificação apropriada (Regulamento n.º 140/2019, 2019). As competências comuns dos EE abrangem quatro domínios fundamentais, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, com o decorrer dos diferentes estágios, a atuação desenvolvida enquanto EE teve em linha de consideração o cumprimento do disposto no quadro de referências de uma ULS do norte país, no Código Deontológico dos Enfermeiros, no respeito pela Carta dos Direitos do Doente, na relação com a pessoa e a sua família, e com os demais profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019, Ministério da Saúde, 1998). Efetivamente as normas deontológicas são essenciais neste domínio de competência. A Deontologia Profissional corresponde a um conjunto de princípios e regras, baseados na moral e no direito, que dizem respeito à profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sistematicamente foi contemplado a elaboração de um plano de cuidados que tivesse em consonância com as necessidades e preferências do cliente, procurando-se promover a sua participação ativa no processo de reabilitação, ainda que nem sempre tal situação fosse simples, implicando o recurso a estratégias comunicacionais eficazes, que possibilitassem o esclarecimento de dúvidas emergentes. De acordo com a Lei nº15/2014 de 21 de Março, os clientes tem direito de receber informação clara e objetiva, relativamente à sua doença, ao tratamento e ao prognóstico, e esta informação deve ser clara, atendendo à personalidade, às condições psicológicas, assim como ao grau de instrução do cliente.

Procurou-se, ainda, em todo o processo de implementação de qualquer intervenção obter o consentimento informado pelo cliente. De acordo com Vasconcelos (2021), há uma necessidade de consentimento livre e esclarecido pelo cliente para os cuidados a serem prestados pelo EEER, sendo que essa atitude de respeito pelo outro, bem como pela sua vontade são preditores do respeito pelo princípio da autonomia. Efetivamente, a execução das intervenções de ER teve sempre por base a aplicação dos princípios éticos da enfermagem, assegurando-se a privacidade, a intimidade e a dignidade humana. Priorizou-se, no processo de reabilitação, o recurso a um espaço que salvaguardasse a privacidade, recorrendo-se a um espaço para o efeito, ou auxiliando-se de recurso físicos que assim o permitissem.

A privacidade entende-se como uma necessidade humana básica, particularmente enfatizada nos campos da ética em saúde e das declarações de direitos do cliente. Mais se acrescenta que a privacidade da informação implica o direito do cliente determinar se os seus dados pessoais são divulgados a outra pessoa ou organização (Ozdinc et al, 2023). Subscreeve-se, uma vez mais, o recurso de estratégias comunicacionais que fossem capazes de salvaguardar a privacidade da informação, durante o momento de reabilitação. Em contexto de tomada de decisão, tal foi possível juntamente com a equipa de enfermagem, bem como com a restante equipa multidisciplinar, possibilitando a incorporação de diversos aspetos relacionados com a individualidade do cliente e com a complexidade de cada situação emergente.

Nos termos do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015), a informação relativa aos clientes só deve ser partilhada com os verdadeiramente envolvidos nos cuidados. Assim, a partilha de conhecimento sobre cada cliente, a sugestão de intervenções, e o debate com a equipa, tendo por base a experiência profissional e evidência científica recolhida, permitiu a adoção de um papel de consultor e líder nos processos de tomada de decisão.

Durante o processo de reabilitação, foi então sempre respeitada a autonomia do cliente, garantindo que este participasse ativamente nas decisões relativas ao seu plano de cuidados. O respeito pela autonomia do cliente favorece a sua integração e a capacitação para participar na sua saúde, em parceria com a equipa, sendo o elemento central nas tomadas de decisão sobre o seu projeto de vida e saúde (Vasconcelos, 2021). Para tal, foi assegurada a prestação de informação clara, objetiva e adaptada à sua condição clínica e nível de compreensão,

relativamente às intervenções propostas, aos seus benefícios e possíveis limitações. Este compromisso com a autonomia do cliente não só promoveu uma maior adesão ao processo de reabilitação, como também reforçou a sua confiança no mesmo, permitindo-lhe exercer um papel ativo na recuperação da sua funcionalidade. Dessa forma, a prática clínica, desenvolvida nos diferentes contextos, centrou-se no cliente e nos seus objetivos de saúde, orientando a tomada de decisão com base em princípios éticos, valores e normas deontológicas.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE colabora na conceção e execução de projetos institucionais que estão estreitamente ligados à qualidade. Também desempenha um papel essencial na promoção desses projetos para garantir que sejam entendidos e implementados operacionalmente. O EE reconhece, ainda, que melhorar a qualidade exige a avaliação das práticas atuais e, a partir dos resultados dessa avaliação, a necessidade de rever e aperfeiçoar essas práticas, além de implementar programas de melhoria contínua. Além disso, valoriza uma abordagem focada na gestão do ambiente do cliente, considerando-a fundamental para a eficácia terapêutica e a prevenção de complicações. Este age de forma proativa para incentivar a participação adequada dos clientes na gestão de seu próprio bem-estar e para gerir os riscos associados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O desenvolvimento de uma prática baseada na evidência é crucial para a melhoria contínua, pois promove a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados prestados na ER, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento profissional e científico.

A experiência nestes diferentes contextos clínicos permitiu compreender a importância da avaliação sistemática das práticas, e da implementação de estratégias de melhoria contínua, reforçando o papel do EEER na conceção, execução e monitorização de projetos institucionais que visam elevar os padrões de qualidade.

No contexto de estágio no processo cardíaco, a reabilitação precoce é um fator determinante para a redução da morbilidade e da mortalidade associadas a eventos cardiovasculares, sendo a mobilização precoce, a monitorização da resposta hemodinâmica e a educação terapêutica pilares fundamentais. Estudos apontam que a reabilitação introduzida precocemente melhora os resultados e ganhos em saúde do cliente, sendo que a mobilização precoce associa-se a melhores resultados funcionais (Reis et al, 2021). No entanto, a experiência vivenciada demonstrou que nem sempre os protocolos institucionais de reabilitação são implementados uniformemente, evidenciando a necessidade de estratégias que assegurem a adesão da equipa multidisciplinar a práticas baseadas na melhor evidência disponível. Neste sentido, o EEER assume um papel preponderante na capacitação da equipa de enfermagem e na promoção da articulação interdisciplinar, assegurando que os cuidados prestados são coerentes com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Como sugestão, a implementação de formação em serviço pode constituir uma estratégia eficaz para garantir a homogeneização das práticas, promovendo a segurança do cliente e a otimização dos recursos disponíveis. OEEER assume um papel

importante devido aos seus conhecimentos e habilidades, uma vez que os ganhos obtidos dão-se através de atividades específicas da reabilitação (Reis et al, 2021).

Na prática do processo neurológico, foi possível participar na implementação de um programa focado na higiene bucal dos clientes com e sem disfagia, com o objetivo de reduzir o risco de infecção associado à aspiração. Na verdade, a disfagia constitui um fator de risco significativo para a colonização da cavidade oral, uma vez que a redução da depuração salivar e do transporte do bolo alimentar pode favorecer o desenvolvimento de pneumonia aspirativa. Nos clientes que sofreram um AVC, este risco é particularmente elevado, dado o comprometimento da função oral, o que potencia a probabilidade de aspiração e subsequente infecção pulmonar. Manter uma boa higiene bucal pode ser difícil para alguns clientes após um AVC devido a problemas cognitivos, além de fraqueza nos membros ou no rosto (Kuriakose & Xiao 2023). A higiene bucal tem sido eficaz na prevenção de várias complicações em clientes com ou sem disfagia após AVC (Cardoso et al, 2023). Este projeto integra-se numa estratégia de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, visando não só a prevenção de complicações respiratórias, mas também a promoção do bem-estar geral dos clientes. Através de práticas sistemáticas e supervisionadas de higiene oral, pretende-se minimizar o risco de infecções associadas à aspiração, ao mesmo tempo que se fortalece o compromisso da serviço, onde decorreu o estágio, com a segurança do cliente a eficácia dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, no contexto da prática na comunidade, a prestação de cuidados no domicílio exige uma abordagem flexível e centrada na individualidade do cliente, exigindo do EEER competências avançadas de avaliação, planeamento e gestão dos cuidados. A experiência evidenciou a importância da integração eficaz dos diferentes níveis de cuidado, uma vez que lacunas na transição do cliente entre os cuidados hospitalares e domiciliários podem comprometer a continuidade da reabilitação e aumentar o risco de reinternamento, situação frequentemente experienciada após readmissão do cliente na rede pós alta hospitalar por agudização. Deste modo, incentivou-se a adoção da metodologia *Identification Situation Background Assessment Recommendation* (ISBAR) em todas as transições de cuidados, no sentido de promover uma comunicação clara, precisa e estruturada, reduzindo o risco de falhas na continuidade dos cuidados. Esta abordagem garante uma transmissão de informação efetiva e atempada, prevenindo lacunas que possam comprometer a segurança do cliente. Assim, a sua implementação está em conformidade com a Norma Orientadora n.º 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (Direção Geral da Saúde, 2017c), que preconiza a utilização de estratégias padronizadas para a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. De facto, a organização dos cuidados de enfermagem foca-se na eficiência e eficácia dos cuidados prestados sendo fulcral a existência de um quadro de referências e um sistema de informação de qualidade para o exercício profissional e de registos que incorpore a sistematização da informação implícita no processo de enfermagem (Santos et al, 2020b).

Ainda no âmbito da qualidade contínua e segurança dos cuidados, a promoção do rigor na implementação das precauções básicas de controlo de infeção cruzada foi um elemento essencial para a prestação de cuidados seguros e eficazes. A correta utilização do equipamento de proteção individual assumiu um papel central nesta estratégia, especialmente nos contextos da prática em processo cardíaco e neurológico, onde os clientes apresentam condições de vulnerabilidade clínica que exigem uma vigilância constante e a adoção rigorosa de medidas de precaução. A promoção contínua da qualidade nos cuidados, por meio da implementação rigorosa das precauções básicas de controlo de infeção, mostrou-se essencial para minimizar o risco de infeções e promover a recuperação clínica dos clientes. O cuidado atento no uso de Equipamentos de Proteção Individual, a monitorização constante das práticas de higiene das mãos e a formação contínua dos profissionais de saúde nestes aspetos são fundamentais para garantir uma prática clínica segura e eficiente.

A utilização de medidas e indicadores para a gestão da qualidade constitui um elemento central no domínio de competência comum, orientado para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Na verdade, os indicadores são ferramentas cruciais para a promoção da qualidade, quando baseados em informação/dados fiáveis (Machado, 2013). No contexto da prática na comunidade, a avaliação da funcionalidade do cliente através de escalas padronizadas, como o Índice de Barthel, possibilita uma análise objetiva da evolução do estado clínico e da necessidade de reabilitação contínua. Além disso, a monitorização de indicadores como a taxa de reinternamento hospitalar, a incidência de úlceras por pressão ou a adesão ao plano terapêutico permite antecipar complicações e otimizar os planos de intervenção. Um exemplo prático da aplicação de indicadores de qualidade, no âmbito da prática em contexto da comunidade, prende-se com a gestão da prevenção de complicações respiratórias em clientes alectuados ou com mobilidade reduzida. A implementação de protocolos que incluam a avaliação regular da capacidade respiratória e monitorização da adesão aos exercícios respiratórios são medidas essenciais para reduzir o risco de infeções respiratórias e hospitalizações evitáveis. Outro aspeto relevante refere-se à capacitação dos cuidadores informais, cuja eficácia pode ser aferida através da avaliação do nível de conhecimento adquirido e da sua perceção sobre o apoio prestado pela equipa. A realização de sessões educativas estruturadas e a disponibilização de materiais informativos, sobre prevenção de complicações e autocuidado, são estratégias que impactam positivamente na qualidade de vida do cliente e na redução da sobrecarga dos cuidadores.

Deste modo, a integração de medidas e indicadores de qualidade na prática da ER permite um acompanhamento rigoroso da evolução do cliente, favorecendo a prestação de cuidados personalizados e sustentáveis, assentes num modelo de melhoria contínua e numa abordagem centrada no cliente. De uma forma transversal aos demais contextos clínicos, a geração sistemática e regular de indicadores fiáveis e comparáveis constitui um pilar essencial para a monitorização e melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No contexto da ER, a eficácia

deste processo depende, em grande medida, da existência e utilização de sistemas de informação adequados, que permitam a documentação rigorosa e padronizada das intervenções realizadas. Os sistemas de informação em enfermagem (SIE) permitem elaborar diagnósticos personalizados, documentar os procedimentos e melhorar a qualidade da assistência (Lima e Melo, 2011).

A utilização de registos clínicos estruturados e informatizados facilita a monitorização da evolução dos clientes, assegurando a continuidade e coerência dos cuidados prestados. A importância dos registos em enfermagem é evidente, na medida em que assegura a continuidade dos cuidados, permitindo um acesso a todas as informações do cliente de modo seguro e confidencial (Lima et al, 2011). Assim, a ausência de registos completos e sistemáticos compromete não apenas a monitorização dos ganhos em saúde, mas também a capacidade dos EE em fundamentar a tomada de decisão baseada em evidência. Além disso, a padronização da documentação permite a extração de dados quantitativos e qualitativos que sustentam a implementação de planos de melhoria contínua, contribuindo para uma prática assistencial mais eficiente e centrada no cliente. Face ao exposto, os SIE desempenham um papel fulcral na avaliação da qualidade, pois permitem aceder em tempo útil aos registos recolhidos, processados e documentados pelos enfermeiros (Mota et al, 2014).

Por fim, no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, identificou-se neste contexto clínico a necessidade de aprofundamento de conhecimentos sobre Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) (anexo II), dada a crescente complexidade dos clientes assistidos no domicílio, contemplados por um projeto da ECCI. Nesse sentido, procedeu ao desenvolvimento e implementação de uma ação de formação, estruturada em duas componentes: teórica e prática. A componente teórica contemplou a abordagem dos princípios fundamentais da VMNI, indicações e contra-indicações, parâmetros ventilatórios, estratégias de monitorização e potenciais complicações associadas, proporcionando um referencial teórico atualizado e sustentado na melhor evidência científica. A componente prática permitiu à equipa familiarizar-se com os dispositivos de ventilação, testar diferentes interfaces e praticar a adaptação da terapia a cenários clínicos simulados, promovendo a aquisição e consolidação de competências técnicas essenciais. Esta intervenção formativa revelou-se essencial para a capacitação da equipa, reforçando a sua autonomia na gestão da VMNI no domicílio e garantindo a prestação de cuidados especializados, seguros e eficazes, alinhados com os princípios da ER e da melhoria contínua da qualidade. Face ao exposto, o EEER assume um papel determinante na promoção da qualidade, seja através da formação e capacitação da equipa de enfermagem, da monitorização dos resultados clínicos e funcionais dos clientes, ou da implementação de estratégias inovadoras para a gestão dos cuidados. A prática baseada na evidência, aliada a uma abordagem interdisciplinar eficaz, constitui um elemento fundamental para a excelência no processo de reabilitação, garantindo que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e centrados no cliente.

No **domínio da gestão de cuidados**, o EE é responsável pela coordenação e otimização da prestação de cuidados de saúde, garantindo a articulação eficiente entre a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde. A sua atuação visa assegurar a segurança e qualidade dos cuidados delegados, ajustando a liderança e alocando os recursos de acordo com as necessidades identificadas. Neste contexto, compete ao EE adotar o estilo de liderança mais adequado para garantir a qualidade e eficácia das intervenções prestadas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, o EE deve possuir competências na gestão de recursos humanos e materiais, aspetos essenciais à organização e funcionamento dos serviços de saúde. Em consonância, o processo de reabilitação caracteriza-se pela atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, tornando indispensável a constituição de equipas multidisciplinares e interdisciplinares. Neste cenário, o EEER assume um papel de destaque, não apenas pelas suas competências técnicas especializadas, mas também pela sua capacidade de gestão e coordenação da equipa. Atua como elo central entre os diferentes profissionais, promovendo cooperação e sinergia com vista à concretização de objetivos comuns (Gaspar et al, 2021).

A coordenação de equipas, por parte dos EE foi um aspeto importante na organização dos cuidados dentro dos contextos onde os estágios decorreram, tendo-se o mesmo constituído facilitador na gestão dos cuidados. O exercício das funções de coordenação de equipas requer a elaboração de planos estratégicos de dotação de recursos humanos, a gestão eficaz da logística de suporte à prestação de cuidados.

O desempenho qualificado nesta vertente impõe ao EE desafios constantes de flexibilidade e capacidade de adaptação. A ausência de uma abordagem estruturada pode resultar numa gestão de cuidados e numa coordenação de equipas caracterizadas por decisões casuísticas, comprometendo a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Acrescente-se ainda que a partilha de objetivos entre diferentes profissionais reforça a importância do trabalho em equipa, particularmente no contexto da saúde, onde a intervenção terapêutica se centra no cliente e na família. Este modelo de atuação exige a implementação de intervenções de enfermagem direcionadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, garantindo uma abordagem holística e cuidados de excelência (Forte et al, 2019).

A experiência adquirida, ao longo dos estágios, permitiu uma visão abrangente dos desafios inerentes à gestão de cuidados em diferentes contextos clínicos, reforçando a importância da liderança, do trabalho em equipa interdisciplinar e da tomada de decisão baseada na evidência. Efetivamente, o EE precisa de se articular com múltiplos profissionais e vários serviços clínicos, por exemplo, ao nível da gestão de vagas e transferências (Freire et al, 2019).

No estágio do processo cardíaco, destacou-se a necessidade de uma gestão rigorosa dos recursos, nomeadamente no planeamento e implementação de cuidados especializados dirigidos a clientes submetidos a intervenções cardíacas complexas. Neste contexto, a

coordenação eficiente entre os EEER e fisioterapeutas foi determinante para garantir um processo de reabilitação seguro e eficaz, sendo o EEER um elemento central na promoção dessa articulação. No processo neurológico, a experiência evidenciou a importância da abordagem interdisciplinar estruturada, uma vez que a reabilitação precoce no cliente pós-AVC exige intervenções céleres e adaptadas à evolução clínica. A gestão dos cuidados revelou-se desafiante, dado o elevado grau de dependência dos clientes e à necessidade de um plano terapêutico individualizado que incluísse estratégias de neuroreabilitação, treino motor e otimização da comunicação e da deglutição. Mais se acrescenta que a gestão de cuidados assentou, igualmente, na hábil orientação e coordenação pelo EE para a realização de exames complementares de diagnóstico, fundamentais para a monitorização da evolução clínica e a adequação das estratégias terapêuticas necessárias. Adicionalmente, foi sempre contemplado pelo EEER uma avaliação criteriosa da progressão do estado clínico dos clientes, assegurando a referenciação na transferência de serviço quando a condição clínica evidenciava melhorias significativas, promovendo assim a continuidade de cuidados e a transição segura para contextos de cuidado mais adequados às novas necessidades do cliente.

No estágio da comunidade, a gestão de cuidados assumiu um carácter distinto, uma vez que a prestação de cuidados no domicílio exige uma abordagem flexível e adaptativa, considerando os recursos disponíveis e as condições do meio envolvente. O EEER assume um papel crucial na planificação e implementação dos cuidados domiciliários, promovendo a autonomia do cliente e a capacitação dos cuidadores informais. A gestão da continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis de cuidados revelou-se um dos principais desafios, exigindo uma comunicação eficaz entre os serviços hospitalares e comunitários para garantir a segurança e a efetividade das intervenções. De forma transversal, verificou-se que a liderança do EEER na gestão dos cuidados é determinante para garantir a eficácia das intervenções, a racionalização dos recursos e a promoção da segurança dos clientes e da equipa. A experiência adquirida nestes estágios reforçou a necessidade de um EEER proativo e dinâmico, capaz de tomar decisões fundamentadas, promover a colaboração interdisciplinar e ajustar as estratégias de atuação consoante as necessidades identificadas. Assim, a gestão de cuidados nos diferentes contextos explorados demonstrou ser um processo complexo e dinâmico, que exige do EEER competências avançadas de planeamento, coordenação e supervisão, garantindo que os cuidados prestados sejam seguros, eficazes e centrados no cliente. A experiência dos estágios contribuiu significativamente para o desenvolvimento dessas competências, consolidando a importância de uma abordagem sistemática e reflexiva na prática da ER.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o EE deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, que se assume como conceito central da prática de enfermagem, interferindo no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. A aquisição de competências prende-se sobretudo com o investimento pessoal como forma do EE se manter atualizado cientificamente, e ao desejo que o crescimento profissional seja

acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal (Regulamente n.º 140/2019, 2019). O mesmo regulamento reforça que o EE alicerça os seus processos de tomada de decisão e as suas intervenções no conhecimento mais atual, assumindo a responsabilidade de ser um facilitador da aprendizagem e um interveniente ativo no campo da investigação. Efetivamente, o EEER assume um papel central na capacitação contínua das equipas de saúde, destacando-se como facilitador da formação em serviço. A sua expertise permite a disseminação de conhecimento baseado na evidência científica, promovendo boas práticas e garantindo cuidados mais eficazes e seguros (Gaspar et al, 2021). Conforme anteriormente mencionado, foi possível realizar uma sessão de formação sobre Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI) (anexo II), a qual contribuiu tanto para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, como para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Mais se acresce a este respeito a participação em ações de formação, tais como: E-Learning Essencial - Ventilação Não Invasiva e E-Learning Essencial: *Cough Assist*, ambos em modalidade assíncrona promovido pela Academia Linde Saúde; Webinar: Enfermagem às Quintas - Reabilitação Geriátrica promovido pela Ordem dos Enfermeiros; "III Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação", com oportunidade de apresentação da comunicação livre intitulada de "Contributo do Enfermeiro de Reabilitação na Transição de Cuidados do Doente Submetido à Artroplastia Total da Anca" (Anexo I). Adicionalmente, a diversidade dos contextos clínicos permitiu consolidar e expandir competências técnicas, relacionais e reflexivas, fundamentais para a prestação de cuidados especializados e baseados na melhor evidência disponível. Assim, os estágios realizados representaram um marco fundamental para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais enquanto futuro EEER. Estes contextos de aprendizagem foram particularmente enriquecedores, permitindo a integração de conhecimentos teóricos e práticos, bem como estimular a reflexão crítica sobre o papel do EE na prestação de cuidados especializados, com foco na reabilitação funcional e na promoção da autonomia dos clientes. As experiências adquiridas nestes contextos proporcionaram uma ampla gama de situações clínicas complexas, nas quais se aplicaram os conhecimentos adquiridos ao longo do MER. O desenvolvimento de competências técnicas foi um processo dinâmico, impulsionado pela exposição a diferentes perfis de clientes e pela necessidade de adotar intervenções específicas em cada contexto clínico. A avaliação contínua, a título de exemplo, da evolução funcional, a mobilização precoce, a gestão de energia e a reeducação funcional respiratória foram áreas críticas que exigiram precisão, adaptação e capacidade de decisão clínica.

Para além do desenvolvimento técnico, a componente relacional e comunicacional revelou-se essencial para garantir uma abordagem humanizada e eficaz. A comunicação assertiva com os clientes e familiares exigiu um elevado nível de aprendizagem, principalmente em contextos de fragilidade, como a fase aguda do AVC, a recuperação pós cirurgia cardíaca, ou adaptação à doença crónica. O envolvimento da família no plano de cuidados mostrou-se fundamental para

potenciar a adesão às estratégias de reabilitação e para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Desenvolvimento das competências Específicas em Enfermagem de Reabilitação

As competências específicas do EEER são baseadas nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como no campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Essas competências são demonstradas por intermédio de um alto grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 392/2019, 2019). A EEER engloba um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que empoderam o profissional a assistir pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, objetivando a maximização do seu potencial funcional e independência. Dessa forma, o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de ER diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais (Regulamento n.º 392/2019, 2019). Face à crescente complexidade dos cuidados de saúde e à necessidade de respostas especializadas e diferenciadas, a atuação do EEER emana uma constante adaptação às novas exigências. O desenvolvimento contínuo do conhecimento científico impõe a integração das mais recentes descobertas da investigação na prática clínica, garantindo a prestação de cuidados baseados na melhor evidência disponível (Gaspar, et al 2021). Neste contexto, torna-se essencial delimitar e clarificar as competências do EEER, garantindo que a sua intervenção seja direcionada, eficaz e ajustada às especificidades de cada área de atuação. A definição estruturada das suas competências permite uma prática clínica mais rigorosa e sustentada, possibilitando a implementação de intervenções que promovam a recuperação funcional, a maximização da autonomia e a melhoria da qualidade de vida dos clientes (Gaspar et al, 2021).

Ao longo dos diferentes momentos de estágio, teve-se a oportunidade de mobilizar e desenvolver um conjunto de conhecimentos e competências, aplicando-os conforme as necessidades individuais de cada cliente, com base numa prática contextualizada. Deste modo o regulamento n.º 392/2019 prevê que o EEER: *“cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados”*; *“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação da reinserção e exercício de cidadania”* e *“maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (Regulamento n.º 392/2019, pág 13566).

Competência 1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Esta competência exige do EEER uma abordagem centrada no cliente, considerando as suas necessidades físicas, emocionais e sociais. A experiência adquirida nos estágios realizados permitiu desenvolver uma visão abrangente sobre a complexidade dos cuidados de reabilitação, evidenciando a importância da adaptação dos cuidados ao longo do percurso do cliente e a necessidade de intervenções personalizadas e ajustadas à transição entre contextos de cuidados.

Efetivamente, a prática do EEER é orientada por modelos teóricos que fundamentam as suas intervenções e promovem um cuidado estruturado e baseado em evidência. Duas teorias consideradas particularmente relevantes neste contexto foram a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis. Ambas oferecem um enquadramento concetual que permitiram compreender as necessidades dos clientes e estruturar intervenções adequadas ao longo do processo de reabilitação. Na prática do contexto neurológico, por exemplo, a avaliação do autocuidado permitiu identificar áreas em que o cliente necessitava de apoio. A utilização de instrumentos, como o Índice de Barthel, possibilitou quantificar o grau de dependência e estabelecer um plano de reabilitação adequado. Com base nesta avaliação, implementaram-se intervenções de capacitação desde a instrução e treino de AVD, ao ensino sobre técnicas adaptativas e envolvimento da família no processo de reabilitação. De facto, segundo a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, a presença de doença conduz a uma diminuição das funções fisiológicas e a um défice de autocuidado, comprometendo a capacidade do indivíduo para satisfazer as suas necessidades básicas. Neste contexto, torna-se essencial a intervenção do EEER para suprir essas limitações, promovendo um cuidado compensatório e orientado para a recuperação da autonomia. O EEER desempenha um papel fundamental na educação e orientação do indivíduo e da sua família, capacitando-os para a gestão do autocuidado. Dessa forma, contribui-se para a otimização da funcionalidade neurológica e cognitiva do indivíduo, favorecendo a sua reabilitação e o reforço da sua independência no quotidiano (Si et al, 2023). Noutra perspectiva, a aplicação da Teoria das Transições de Meleis permitiu compreender que cada cliente vivencia o processo de adaptação de forma única, exigindo uma abordagem individualizada e sensível às suas necessidades emocionais e sociais. A utilização de estratégias como o reforço da autoconfiança, o apoio psicossocial e a educação para a saúde são determinantes para facilitar a transição e melhorar os resultados da reabilitação. O principal desafio para os EEER reside na compreensão dos processos de transição e na implementação de intervenções terapêuticas eficazes, que favoreçam a restauração da estabilidade e do bem-estar do cliente. Para além da recuperação clínica, é essencial promover o seu empoderamento e capacitação, dotando-a de recursos e estratégias que lhe permitam enfrentar, de forma autónoma e adaptativa, os desafios inerentes à continuidade da sua vida (Sousa et al, 2020).

Na prática, a articulação entre a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis forneceu uma base sólida, permitindo nortear e estruturar as intervenções de

reabilitação de forma holística e centrada no cliente. Enquanto a Teoria de Orem orienta na identificação de défices de autocuidado e na promoção da autonomia funcional, a Teoria de Meleis permite compreender o processo de transição saúde-doença e a necessidade de apoio contínuo ao longo deste percurso.

No âmbito desta competência, reforce-se ainda que a avaliação inicial detalhada constitui-se um elemento estruturante da prática, permitindo a identificação precoce de problemas e potenciais complicações. Uma avaliação estruturada e contínua do cliente mostrou ser um dos pilares fundamentais na prática da ER, permitindo a identificação precoce de problemas, a definição de objetivos e a monitorização da evolução clínica. Na avaliação inicial, o EEER realiza uma análise abrangente da saúde do cliente, identificando as atividades de vida afetadas e quais os fatores que as influenciam (Silva et al, 2024). A este respeito a colheita de dados, para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, constitui-se um instrumento facilitador na caracterização da condição de saúde do cliente, fornecendo maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes da dependência para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Transversalmente aos diferentes estágios, o recurso ao processo clínico era sistemático, no sentido de se explorar a história clínica, antecedentes pessoais e familiares, evolução do cliente durante o internamento, quando neste contexto, e observação e interpretação de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente estudo analítico, e outros que se constituíssem auxiliares para compreender a situação do cliente, e implicações dos resultados dos mesmos num plano de reabilitação. Mais se acrescenta que, a título de exemplo, no serviço onde decorreu o estágio do processo neurológico, a utilização de instrumentos de apoio à tomada de decisão validados assumiu um papel central na prática, contribuindo para a implementação de intervenções eficazes e baseadas na evidência. Nesta sequência, a avaliação inicial do cliente com AVC contemplou múltiplas dimensões, incluindo a funcionalidade, o estado neurológico, a presença de défices motores e sensoriais, o nível de consciência, a capacidade de comunicação e o risco de complicações. Para tal, recorreu-se a diversos instrumentos de avaliação que facilitassem na recolha sistemática de dados objetivos e na planificação dos cuidados, explorados ao longo na conceção de cuidados no Caso 1 e Caso 2.

Efetivamente, nos diferentes contextos clínicos, tornou-se evidente que uma avaliação rigorosa e contínua não só orientava as decisões clínicas como também permitia monitorizar a evolução do cliente e reajustar a intervenção sempre que necessário. Adicionalmente, a avaliação dos resultados assumiu sempre um papel central na validação da eficácia das intervenções implementadas. Na avaliação de resultados, o EEER procede à reavaliação dos ambientes de cuidados, aferindo os ganhos em saúde resultantes das suas intervenções. A partir dessa avaliação, é possível determinar a eficácia das intervenções realizadas, identificando a necessidade de ajustes, no contexto do processo de tomada de decisão. Este procedimento requer competências de avaliação crítica, capacidade para análise dos dados e habilidade para

a tomada de decisões fundamentadas em evidência científica (Silva et al, 2024). No contexto da prática no processo cardíaco, por exemplo, foi possível verificar que a monitorização de parâmetros clínicos, e funcionais permitiam quantificar a progressão dos clientes e aferir a adequação das intervenções implementadas. No âmbito do contexto do processo neurológico e da comunidade, a mensuração dos ganhos em saúde traduziu-se na melhoria da funcionalidade e na redução de complicações evidenciando o impacto do cuidado especializado de reabilitação.

Desta forma, a experiência adquirida durante os estágios proporcionou uma compreensão aprofundada da relevância desta competência, consolidando a importância da avaliação holística, da adaptação dos cuidados às necessidades individuais e da monitorização contínua dos resultados. O exercício da ER exige, assim, um compromisso com a excelência, sustentado numa prática baseada na evidência e numa abordagem centrada no cliente, promovendo a autonomia e a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo de vida.

Competência 2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania, mediante o desenvolvimento atividades no âmbito da elaboração e implementação de programas de treino de Atividade de Vida Diária (AVD), com o objetivo de adaptar o cliente com limitações de mobilidade às suas atividades e maximizando a sua autonomia.

De facto, o processo de Reabilitação em Enfermagem não se limitou à recuperação funcional, procurando-se desta forma integrar, uma vez mais, uma perspetiva centrada no cliente que atendesse à capacitação do mesmo para a sua reinserção plena na sociedade e para o exercício da cidadania. Esta competência assumiu, portanto, um papel central na prática, sendo transversal a diferentes contextos clínicos. No âmbito da prática clínica foi possível constatar a existência de barreiras significativas que limitavam a atividade e restringiam a participação dos clientes, exigindo intervenções estruturadas e individualizadas. Entenda-se como limitação da atividade a dificuldade ou impossibilidade de o cliente executar determinadas tarefas ou ações de forma independente, verificando-se que a limitação da atividade resultava de fatores multidimensionais, incluindo alterações motoras, neurológicas, cardíacas e/ou respiratórias. No contexto do estágio desenvolvido no processo cardíaco, os clientes enfrentavam frequentemente limitações físicas associadas à dor, à fadiga e à redução da capacidade ao esforço, o que comprometia a independência nas AVD. Na prática do contexto neurológico, os clientes com sequelas neurológicas, como a hemiparesia, a afasia, a disartria e as alterações cognitivas, impunham desafios significativos na realização das AVD. Na prática em contexto da comunidade, muitos dos clientes acompanhados apresentavam doenças crónicas incapacitantes, pelo que a dependência dos cuidadores e a falta de acessibilidade no domicílio foram desafios frequentes que restringiam a sua participação na sociedade. Face a esta

realidade, a intervenção do EEER focou-se na capacitação do cliente, promovendo a reabilitação física e funcional, a adaptação ao novo estado de saúde e à remoção de barreiras que dificultassem a sua reinserção social.

Procurou-se assumir um papel fundamental na implementação de estratégias de capacitação dos clientes, adotando uma abordagem centrada no cliente e na sua funcionalidade. A promoção da autonomia funcional constituiu um dos pilares da reabilitação, requerendo, tal como explorado anteriormente, uma avaliação inicial detalhada que identificasse o potencial de recuperação e as barreiras à independência, sendo que com base nesses resultados, implementaram-se intervenções individualizadas.

No contexto do processo cardíaco, a capacitação do cliente incluiu intervenções direcionadas à otimização da ventilação, movimento corporal, limpeza das vias aéreas, contemplando a gestão de energia. Assim, procedeu-se à reeducação funcional respiratória, otimização da eficácia da tosse, fortalecimento muscular e a proteção da esternotomia, promovendo um processo de recuperação seguro e eficaz. A literatura aponta que, efetivamente, os focos de enfermagem mais amplamente relacionados com o compromisso cardiorrespiratório centram-se nos processos corporais (ventilação, movimento corporal e eliminação das vias aéreas), procedidos pelos processos intencionais (adesão e gestão do regime terapêutico) e pelos processos cognitivos (aquisição de conhecimento e capacidade) (Couto et al, 2021).

Importa referir que a reabilitação na fase pré-operatória da cirurgia cardíaca existe, e visa a capacitação do cliente, mediante a instrução e treino de exercícios respiratórios, higiene brônquica de posicionamento e de mobilização músculo-articular, visando garantir o envolvimento do cliente no processo de reabilitação (Vermelho e Pestana, 2021). Efetivamente, não foi possível experienciar a implementação de um programa de reabilitação na fase pré-operatória da cirurgia cardíaca, o que representa uma lacuna significativa no processo de recuperação do cliente. A fase pré-operatória, como referido anteriormente é um aspeto fundamental, pelo que a ausência de intervenções nessa fase pode comprometer a adaptação do cliente ao pós-operatório, uma vez que impede a otimização da função respiratória e cardiovascular, assim como a promoção da mobilidade precoce. A reabilitação nesta fase deve ser vista como uma estratégia preventiva, que prepara o cliente para o desafio pós-cirúrgico, minimizando complicações e melhorando a recuperação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No âmbito do pós-operatório, no que respeita à otimização da ventilação, a reeducação funcional respiratória contemplou o treino de respiração abdómino-diafragmática, controlo e dissociação dos tempos respiratórios e capacitação para a utilização do espirómetro de incentivo fluxo-dependente. Estas técnicas de otimização da ventilação visam melhorar a ventilação alveolar, diminuindo a hipoventilação, melhorando a capacidade pulmonar, aumenta a compliance pulmonar, melhorando o desempenho dos músculos inspiratórios e reduzindo o

trabalho respiratório (Couto et al, 2021).

No que concerne à técnica da tosse foi feita a instrução e treino da técnica da tosse assistida, com recurso à proteção esternal, para evitar a dor e complicações cirúrgicas. A capacitação do cliente mediante a mobilização precoce e progressiva fez-se mediante o incentivo ao levantar precoce, seguida de marcha assistida, atendendo à condição clínica do mesmo. Integrou-se, ainda, planos de treino de exercícios aeróbios, como a mobilização dos membros superiores e inferiores, respeitando sempre a limitação imposta pela esternotomia e pela condição clínica e hemodinâmica do cliente. O treino aeróbio envolve a prática contínua e dinâmica de exercícios prolongados, utilizando principalmente os grandes grupos musculares dos membros superiores e inferiores. Este tipo de treino é caracterizado pelo uso predominantemente da via aeróbica para a produção de energia, ou seja, pela capacidade do organismo em sustentar esforços prolongados, aumentando a resistência à fadiga e a tolerância ao exercício de longa duração (Couto et al, 2021). A vigilância eletrocardiográfica, assim como parâmetros de intensidade de exercício físico (variação da frequência cardíaca e da pressão arterial e a percepção subjetiva de esforço), devem ser asseguradas de forma a garantir a segurança do cliente e o sucesso do programa de exercício (Ordem dos Enfermeiros, 2020, Novo et al, 2021).

A educação do cliente para a sensibilização de sinais precoces que pudessem indiciar agravamento da condição cardiovascular, bem como a orientação sobre estratégias de prevenção e autocuidado para garantir a estabilidade clínica, foi uma componente interventiva igualmente primordial.

No âmbito do processo neurológico, o cliente com AVC na fase aguda está frequentemente limitado na sua mobilização, podendo culminar em complicações como atrofia muscular, instalação de quadro de espasticidade e rigidez articular. Face ao exposto, priorizou-se a capacitação para a mobilização precoce, com enfoque na mobilização passiva dos membros afetados e, quando possível, na mobilização ativa progressiva. De facto, o foco geral da reabilitação neurológica, desde a fase inicial, é evitar complicações como contraturas e encurtamentos músculo-tendinosos, bem como úlceras por pressão, razão pela qual os posicionamento anti-espástico, no leito ou na cadeira, e a mobilização para manutenção da amplitude do movimento devem ser realizadas o mais precocemente possível (Araújo et al, 2021). Outro exemplo, diz respeito à comunicação, atendendo que muitos clientes pós-AVC apresentavam disartria, pelo que se prescreveu a realização de exercícios de articulação para fortalecimento e coordenação dos músculos envolvidos na fala. Ainda no que respeita à comunicação, expressa pela alteração da linguagem, em clientes com afasia foram aplicados treinos de leitura e escrita; treino de nomeação e repetição; treino de fluência verbal e comunicação alternativa, dependendo, naturalmente, do tipo de afasia presente.

No que concerne à paresia facial, exemplos de intervenções incluíram o treino de exercícios faciais que envolvessem a mobilização das sobrancelhas, o encerramento dos olhos, e o sorriso,

para estimular o fortalecimento da função motora dos músculos facial. Efetivamente, após o AVC a paralisia facial é central, existindo comprometimento motor no quadrante inferior facial contralateral à lesão cerebral, observando-se apagamento do sulco nasogeniano do lado afetado e desvio da comissura labial para o lado não afetado (Menoita et al, 2012, Araújo et al, 2021).

Além disso, foi igualmente relevante capacitar o cliente sobre a importância da prática diária dos exercícios supracitados, e sobre os cuidados necessários para evitar complicações. No que respeita ao compromisso da deglutição foi igualmente importante o treino da técnica de deglutição, promovendo a segurança no processo da alimentação e a reabilitação funcional. Na deglutição comprometida, o objetivo principal na reabilitação é a promoção de uma deglutição eficaz, por forma a manter a hidratação e nutrição por via oral com segurança, diminuindo o risco de aspiração e, por conseguinte, complicações como infeções respiratórias ou pneumonias (Araújo et al, 2021). A capacitação incluiu a orientação sobre técnicas de deglutição segura, como a necessidade de modificação da consistência alimentar e o treino de posturas específicas, como a postura de cabeça inclinada ou a posição da língua durante a deglutição, durante a alimentação. Além disso, contemplou-se a componente educacional ao cliente relativa à identificação de sinais de risco de aspiração, promovendo a segurança alimentar e à consciencialização do cliente em relação às suas limitações. Efetivamente, a avaliação contínua e o apoio durante a alimentação evidenciaram-se essenciais para a evolução positiva do treino da técnica de deglutição e para a promoção da independência do cliente.

A recuperação do equilíbrio e da marcha teve, de igual forma, por base a implementação de intervenções focadas nos exercícios de fortalecimento muscular e na restauração do equilíbrio. A realização de treinos de equilíbrio fez-se mediante a utilização de exercícios de coordenação postural e exercícios de propriocepção, na posição de sentado e de pé progressivamente. O treino de marcha tinha início com a assistência, evoluindo progressivamente para o treino de marcha com recurso a auxiliares de marcha de forma a garantir a segurança do cliente durante o processo de reabilitação. A capacitação do cliente com limitação da atividade e restrição da participação constitui um desafio central na prática do EEER, exigindo uma abordagem holística e multidimensional. A reabilitação não se encerra exclusivamente na recuperação funcional, mas deve visar a capacitação plena do indivíduo, para que este possa participar ativamente na sociedade, com dignidade e independência.

Competência 3- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

A competência de "Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa" reveste-se de um significado crucial, pois implica não só a promoção da recuperação das funções afetadas, mas também a otimização da autonomia e a qualidade de vida do cliente, considerando as suas condições clínicas específicas e os desafios impostos pela doença. Este

objetivo foi amplamente evidente nos diferentes estágios experienciados, onde a reabilitação das capacidades motoras, cardíacas e respiratórias se assumiu como um pilar fundamental para a recuperação global do cliente.

Particularmente no contexto da prática na comunidade, trabalhou-se de forma integrada com a família e os cuidadores, para promover a continuidade dos cuidados no domicílio, atendendo às especificidades do ambiente familiar e às necessidades do cliente. O domicílio é o melhor local para se efetuar um diagnóstico das necessidades do cliente, uma vez que este se confronta com a sua realidade do quotidiano, o impulsiona um processo de reabilitação com maior adaptação à realidade (Oliveira et al, 2021). O foco da ER foi a recuperação das capacidades funcionais, prevenindo complicações associadas à fragilidade e mobilidade reduzida, que foram comuns neste contexto. Para tal, foi estruturado um plano de reabilitação motora no domicílio, que incluiu exercícios de fortalecimento muscular, mobilização de articulações e treino de marcha. Particularmente importante foi a abordagem aos clientes com patologias respiratórias crónicas, para os quais a implementação de um programa de reeducação funcional respiratória foi fundamental. A adoção de técnicas de controlo da respiração, posicionamento e movimento, com a finalidade de restabelecer o padrão funcional da respiração, mostraram-se decisivos na melhoria da capacidade respiratória, assim como na prevenção de complicações respiratórias. Adicionalmente, a reabilitação no domicílio também incluiu atividades adaptadas ao contexto domiciliário, com ênfase no treino de determinadas dimensões do autocuidado, como a alimentação, higiene pessoal e vestuário. Este tipo de intervenção tem um impacto significativo na autonomia do cliente, permitindo-lhe realizar estas atividades de forma mais independente, sem depender totalmente do apoio do cuidador (Mendes, et al, 2024). O EEER, de acordo com as suas competências específicas, deve seleccionar e prescrever os produtos de apoio necessários e adequados à realização de treinos específicos de AVD, de forma a promover a máxima capacidade funcional do cliente, ensinando e supervisionando a utilização dos mesmos (Oliveira et al, 2021). Cabe assim ao EEER o aconselhamento e a prescrição dos recursos adequados, na sua promoção ao acesso de dispositivos recomendados e na capacitação do cliente e do cuidador para a sua correta utilização (Mendes et al, 2024). Acresce-se, assim, que o envolvimento dos cuidadores familiares foi crucial, tornando-os em elementos facilitadores mediante a cedência de estratégias educativas que os capacitaram a apoiar o cliente de maneira eficaz e segura, garantindo continuidade dos cuidados e a segurança durante as atividades diárias.

Contudo, vale a pena ressaltar que foram identificadas diversas barreiras significativas durante as visitas domiciliárias, que impactaram diretamente a prestação de cuidados de ER. Entre as principais dificuldades, destacam-se a iluminação inadequada, a limitação do espaço físico nos quartos, frequentemente caracterizados por dimensões reduzidas, bem como a presença de barreiras arquitetónicas, que comprometiam a mobilidade e a segurança do cliente. Um dos aspetos fundamentais da adaptação a uma condição de saúde caracterizada por défice de

funcionalidade é a gestão do ambiente físico (Oliveira et al, 2021). Como intervenção do EEER orientou-se o cliente e a sua família sobre estratégias de organização e otimização do espaço, promovendo um ambiente mais seguro e acessível, o que, conseqüentemente, favoreceu o desempenho funcional e a redução de riscos associados à queda e à incapacidade. A gestão ativa de um ambiente físico propício evidenciou-se, assim, um pilar fundamental na reabilitação, promovendo a independência e o bem-estar do cliente (Silva et al, 2024).

A experiência em contexto domiciliar permitiu, assim, um processo contínuo de aprendizagem, destacando a importância da adaptação das intervenções, face às limitações do ambiente e às necessidades do cliente. Efetivamente, tornou-se evidente a relevância da flexibilidade na abordagem do EEER, ajustando as intervenções, conforme a realidade encontrada, sem comprometer os objetivos delineados no plano de cuidados. Este processo reforçou a importância da tomada de decisão clínica fundamentada, garantindo que as estratégias implementadas permanecessem alinhadas com os princípios da reabilitação funcional e da independência do cliente, promovendo um cuidado eficaz, seguro e centrado no cliente.

No contexto da prática na comunidade, existiam efetivamente programas comunitários orientados para a maximização da funcionalidade dos clientes, com o objetivo de promover a sua autonomia e melhorar a qualidade de vida. No entanto, enquanto mestrando, não foi possível participar na implementação desses programas, uma vez que não estavam a decorrer durante o período em que o estágio decorreu. Esta situação limitou experiência prática em relação a intervenções diretamente focadas na funcionalidade dos clientes, neste tipo de contexto.

Importa referir que a competência de maximizar a funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades do cliente foi, sem dúvida, essencial para promover a autonomia e melhorar a qualidade de vida dos clientes em reabilitação. Transversalmente aos diferentes estágio, desempenhou-se um papel central na implementação de estratégias de reabilitação, que visavam a recuperação motora, respiratória e cardíaca, tendo em consideração as particularidades e as necessidades de cada cliente. Através de treino de exercícios foi possível proporcionar ao cliente uma reabilitação funcional eficaz, que não só potenciou o seu desempenho motor, como também contribuiu para a sua integração no contexto familiar e social.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O relatório "*Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Reabilitação Precoce à Pessoa com AVC Agudo*" reflete o percurso de transição experienciado, caracterizado por uma transformação pessoal e profissional. Este processo traduziu-se na aquisição e consolidação das competências inerentes ao EEER. A abordagem crítico-reflexiva adotada ao longo deste relatório permitiu a sistematização do percurso desenvolvido, evidenciando a evolução das competências e a qualificação profissional adquirida. Além disso, constituiu um elemento facilitador do pensamento crítico, ao proporcionar uma análise aprofundada das experiências vivenciadas nos diversos contextos clínicos. A reflexão diária, centrada nas múltiplas dimensões do EEER, possibilitou a interpretação e a resignificação dos conhecimentos, dos modelos de intervenção e do raciocínio clínico, promovendo uma abordagem mais crítica e fundamentada. Este processo reflexivo revelou-se essencial para a adaptação e melhoria contínua das práticas, contribuindo para a implementação de intervenções baseadas na melhor evidência e ajustadas às necessidades individuais do cliente em processo de reabilitação. Por outro lado, permitiu uma maior consciencialização sobre o impacto das estratégias de reabilitação na funcionalidade e na qualidade de vida, impulsionando mudanças significativas na atuação profissional e reforçando a importância de uma prática especializada e centrada no cliente. Assim, este percurso foi pautado pela busca contínua da excelência nos cuidados prestados, sustentada numa abordagem reflexiva e baseada na evidência.

Embora o presente relatório reflita o interesse pessoal por uma temática específica do cuidado de ER, o mesmo manteve-se sempre alinhado com a trajetória estabelecida para a consolidação das competências comuns e específicas do EEER, no entanto, com especial enfoque no cuidado ao cliente com comprometimento da função neurológica e motora.

Nesta sequência, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre a intervenção do EEER no cliente com AVC agudo e respetiva reabilitação precoce, procedeu-se à pesquisa da melhor evidência científica sobre a sua atuação neste âmbito. Constatou-se que a reabilitação precoce no cliente com AVC, na fase aguda, constitui um dos pilares fundamentais para a maximização da recuperação funcional, sendo amplamente recomendada pelas diretrizes internacionais. A literatura mais recente destaca que a mobilização precoce, associada a intervenções individualizadas e multidisciplinares, contribui significativamente para a redução de complicações secundárias, melhoria da funcionalidade e o aumento da qualidade de vida, permitindo assim, a implementação de práticas baseadas na evidência e a prestação de cuidados eficazes.

A nossa estratégia centrou-se na revisão aprofundada de conceitos, dados e conhecimento relativos à fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica das diversas situações clínicas, promovendo desta forma a prática baseada na evidência. Paralelamente, fundamentou-se a atuação do EEER nos modelos teóricos do Autocuidado Dorothea Orem e das Transições de Afaf Meleis, os quais se apresentam como referenciais estruturantes para a tomada de decisão em ER, contribuindo para a excelência e a qualificação dos cuidados especializados nesta área. A intervenção do EEER na fase aguda AVC mostrou-se crucial para a recuperação funcional do cliente, mediante a prevenção de complicações e promoção da independência do cliente, onde a abordagem adotada deve ser multidimensional, englobando, por conseguinte, a avaliação neurológica e funcional do cliente, a prevenção de complicações, a reabilitação motora e funcional, a reabilitação da comunicação e deglutição, a estimulação cognitiva, bem como a capacitação e envolvimento da família.

Considera-se, portanto, que, face à problemática delineada no início deste relatório, é possível afirmar que o EEER desempenha um papel fundamental na recuperação funcional de clientes em fase aguda do AVC. A implementação de estratégias adaptadas às necessidades individuais, de cada cliente, é essencial para otimizar os ganhos em saúde. Neste contexto, evidencia-se a importância do investimento contínuo na formação dos EEER, bem como a necessidade de incentivos institucionais que promovam a atualização do conhecimento e a implementação de práticas inovadoras, garantindo uma intervenção especializada e de qualidade na fase aguda do AVC.

Destaca-se, ainda, a implementação de estratégias estruturadas para a mobilização precoce e a estimulação neurológica e motora, cuidadosamente adaptadas às necessidades individuais dos clientes em recuperação. A conceção e sistematização de programas de intervenção precoce, no âmbito da prática no processo neurológico, representaram uma iniciativa de grande relevância, contribuindo para a otimização dos cuidados prestados e para a melhoria funcional dos clientes. Este contributo não apenas evidencia o percurso académico desenvolvido, mas também sublinha a importância da ER na qualificação dos cuidados prestados, reforçando a necessidade da implementação de estratégias fundamentadas na melhor evidência científica, com vista à maximização da recuperação funcional e da qualidade de vida.

Ao longo deste percurso, diversos desafios foram identificados, constituindo oportunidades valiosas de aprendizagem e desenvolvimento profissional. A necessidade de conciliar múltiplas responsabilidades, nomeadamente a exigência académica, a atividade profissional e a realização dos diferentes estágios, exigiu uma gestão eficiente do tempo e uma capacidade de adaptação contínua. A rotação entre os diferentes contextos implicou um compromisso constante com o aprofundamento do conhecimento e a atualização de competências, assegurando uma prática clínica fundamentada e de qualidade em cada contexto de atuação. Estes desafios reforçaram a importância da resiliência e da adaptação do EEER, particularmente na gestão simultânea das funções assistenciais, de reabilitação e de coordenação de serviço,

aspectos essenciais para uma intervenção eficaz e diferenciada.

O presente relatório não representa apenas o encerramento de um ciclo académico, mas sim o início de um percurso profissional marcado numa busca contínua pela excelência na prestação de cuidados especializados em ER. Mais do que um documento final, este trabalho reflete um compromisso permanente com a qualificação da prática clínica, a aplicação do conhecimento baseado na melhor evidência e a contribuição para o avanço da Enfermagem enquanto ciência.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M. R. (Ed.). (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.

Alves, I. C. F., & Andrade, C. R. F. (2017). Alteração funcional no padrão de deglutição através da realização de exercícios orofaciais. *Codas*, 29(3), e20160088. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088>

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>

Anjos, J. L. M. dos, et al. (2021). Mobilização precoce pós acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Revista Neurociências*, 29, 1-18. [doi.org](https://doi.org/10.1590/1980-1303/2021001)

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: concepções e práticas* (pp. 164-233). Lidel.

Assembleia da República. (2014). Lei nº 15/2014. *Diário da República*, I Série, 57, 2127-2131.

Bacchi, S., Tan, S., Goh, R., Koor, J. G., Gupta, A. K., Jannes, J., et al. (2023). Basilar artery occlusion presenting with reduced level of consciousness: A diagnosis not to miss. *Internal and Emergency Medicine*, 18(3), 933-936.

Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., et al. (2021). Diretrizes da European Stroke Organization (ESO) sobre trombólise intravenosa para AVC isquêmico agudo. *Jornal Europeu de AVC*, 6(1), I-LXII. <https://doi.org/10.1177/2396987321989865>

Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Confiabilidade interavaliadores de uma escala de Ashworth modificada de espasticidade muscular. *Physical Therapy*, 67(2), 206-207. <https://doi.org/10.1093/PTJ/67.2.206>

Boling, B., & Keinath, K. (2018). Acute ischemic stroke. *AACN Advanced Critical Care*, 29(2), 152-162. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018483>

Boumer, T. C., Firmino, T. C., Devetak, G. F., et al. (2019). Efeitos do treino de marcha com suporte parcial de peso corporal associado à fisioterapia convencional sobre o equilíbrio funcional e a independência da marcha pós-AVC: Estudo clínico randomizado. *Revista Inspirar Movimento e Saúde*, 19(4). Disponível em <https://www.inspirar.com.br/revista/277287/>

Bourbon, M., Alves, A., & Rato, Q. (2019). Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Braga, M., Ferreira, S., Morais, C., Chiado, A., & Lima, A. (2023). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação em mulheres com incontinência urinária, após o AVC. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1). <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/288>

Branco, T., & Santos, R. (2010). Reabilitação da pessoa com AVC. Formasau.

Broughton, B. R., Reutens, D. C., & Sobey, C. G. (2009). Mecanismos apoptóticos após isquemia cerebral. *Stroke*, 40, e331-e339.

Cardoso, A. F., Ribeiro, L. E., Santos, T., Pinto, M., Rocha, C., Magalhães, J., Augusto, B., Santos, D., Duque, F. M., Fernandes, B. L., Sousa, R. C., Silva, R., Ventura, F., Fernandes, A. M., Cardoso, D., & Rodrigues, R. (2023). Higiene oral em pacientes com AVC: Um protocolo de projeto de implementação de melhores práticas. *Nursing Reports*, 13(1), 148-156. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010016>

Chen, T. Y., Chang, W. L., Chen, P. Y., Hsiao, C. L., & Lin, S. K. (2021). Oclusão bilateral aguda e crônica da artéria carótida interna. *Acta Neurologica Taiwanica*, 30(4), 128-140. PMID: 34841498

Coleman, E. R., Moudgal, R., Lang, K., Hyacinth, H. I., Awosika, O. O., Kissela, B. M., & Feng, W. (2017). Reabilitação precoce após AVC: Uma revisão narrativa. *Current Atherosclerosis Reports*, 19(12), 59. <https://doi.org/10.1007/s11883-017-0686-6>

Danseur, M. (2020). Stroke rehabilitation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(1), 97-108.

Ding, R., & Zhang, H. (2021). Eficácia da mobilização muito precoce em pacientes com AVC agudo: Uma revisão sistemática e meta-análise. *Annals of Palliative Medicine*, 10(11), 11776-11784. <https://doi.org/10.21037/APM-21-2997>

Direção-Geral da Saúde. (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Normas DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/27/acidente-vascular-cerebral-prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma Nº 015/2017, 1-25. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Disponível em

<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretoriode-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-88206df.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Disponível em

Duarte, F., Manuel, M., Ribeiro, H., & Meireles, J. (2022). Oxigenoterapia em enfermaria: Implementação de protocolo de prescrição. *Revista Portuguesa de Medicina Interna*, 29(2), 114-119. Disponível em <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/423>

Dziewas, R., Allescher, H. D., Aroyo, I., Bartolome, G., Beilenhoff, U., Bohlender, J., Breitbach-Snowdon, H., Fheodoroff, K., Glahn, J., Heppner, H. J., Hörmann, K., Ledl, C., Lücking, C., Pokieser, P., Schefold, J. C., Schröter-Morasch, H., Schweikert, K., Sparing, R., Trapl-Grundschober, M., ... Pflug, C. (2021). Diagnóstico e tratamento da disfagia neurogênica - Diretriz S1 da Sociedade Alemã de Neurologia. *Practical Research in Neurology*, 3(1), 23.

Esposito, E., Shekhtman, G., & Chen, P. (2021). Prevalence of spatial neglect post-stroke: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(5), 101459. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.10.010>

European Stroke Initiative [EUSI]. (2003). European Stroke Initiative [Web site]. Retrieved from http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/esostroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

Fairfield, C. A., & Smithard, D. G. (2020). Avaliação e tratamento da disfagia no AVC agudo: Uma revisão inicial do serviço da prática internacional. *Geriatrics (Basileia)*, 5(1), 4. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5010004>

Fan, J.-L., Brassard, P., Rickards, C. A., Nogueira, R. C., Nasr, N., McBryde, F. D., Fisher, J. P., & Tzeng, Y.-C. (2022). Regulação integrativa do fluxo sanguíneo cerebral no AVC isquêmico. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 42, 387-403. <https://doi.org/10.1177/0271678X211032029>

Farpour, S., Asadi-Shekaari, M., Borhani Haghghi, A., & Farpour, H. R. (2023). Melhorando a função e a capacidade de deglutição na disfagia pós-AVC: Um ensaio clínico randomizado. *Dysphagia*, 38(1), 330-339. <https://doi.org/10.1007/S00455-022-10470-0>

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., Grupper, M. F., & Rautalin, I. (2025). Organização Mundial do AVC: Ficha informativa global do AVC 2025. *International Journal of Stroke*, 20(2), 132-144. <https://doi.org/10.1177/17474930241308142>

Feigin, V. L., Owolabi, M. O., & Grupo de Colaboração de AVC da Organização Mundial de AVC - Comissão de Neurologia Lancet. (2023). Soluções pragmáticas para reduzir a carga global de AVC: Uma Comissão Mundial de Neurologia da Organização Mundial de AVC - Lancet. *The Lancet*

Neurology, 22, 1160–1206.

Feijó, L. (2020). O doente neurocrítico. In J. A. Pinho (Ed.), *Enfermagem de cuidados intensivos* (1ª ed., pp. 209–220). Lidel.

Feske, S. K. (2021). Ischemic stroke. *The American Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.027>

Figueiredo, A. R. G., Pereira, A., & Mateus, S. (2020). Acidente vascular cerebral isquémico vs hemorrágico: Taxa de sobrevivência. *Higeia – Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 3(1), 35-45.

Flannery, J., & Bulecza, S. (2010). Problemas vasculares e degenerativos do cérebro. In Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. *Enfermagem médico-cirúrgica – Perspectivas de saúde e doença* (8ª ed., pp. 1463-1501). Lusodidacta.

Freire, E. V. R. de L., Melo, V. de B., Verás, S. F. O., Neta, B. P. B., Silva, N. F. da, Moura, A. C. C. de, Rodrigues, M. E. S., Nunes, M. A. F., Santana, L. R. P., Santos, T. S. dos, & Gomes, W. da S. (2024). Reabilitação de pacientes após acidentes vasculares cerebrais: Uma revisão integrativa. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(3), 423-432. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.99>

Freire, V., Araújo, E., & Araújo, E. (2019). Liderança do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência: Revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(2), 2029-2041.

Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 12-18). Lidel.

GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. (2024). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, 23, 973–1003.

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., ... Lindsay, M. (2021). *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke* (7th ed., 2020 UPDATED). <https://www.strokebestpractices.ca/-/media/1-stroke-best-practices/secondary-prevention-of-stroke/csbpr7-spos-module-final-eng-2020.pdf?rev=2b5bc9a642c44e0eaefb63568c85cacf>

Goulart, B. N. G. de, Almeida, C. P. B. de, Silva, M. W. da, Oenning, N. S. X., & Lagni, V. B. (2016). Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiology - Communication Research*, 21(0). <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>

Gray, M., & Moore, N. (2009). Cuidados de enfermagem em urologia: No adulto e na criança. Lusociência.

Greenberg, M. S. (2018). Manual de neurocirurgia (8ª ed.). Thieme Revinter.

Grenho, F., & Lourenço, A. (2012). Abordagem clínica e terapêutica do acidente vascular cerebral. In Protocolos em medicina interna (pp. 1-20). Lidel.

Hawser, S. (2004). Acidente vascular cerebral. In E. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, & J. Jameson (Eds.), Harrison Manual de Medicina (15ª ed., pp. 144). McGraw-Hill de Portugal.

Heiser, R. D., O'Brien, V., & Schwartz, D. A. (2014). Mobilização articular na extremidade superior distal - colocando em prática a evidência. *Journal of Hand Therapy*, 27(3), e5.

Hernández, Ydalsys, Alejandro & Larreynaga. (2017). The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 19. 89-100.

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. *PLOS ONE*, 14(8), e0221700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221700>

Hurford, R., Sekhar, A., Hughes, T. A. T., & Muir, K. W. (2020). Diagnóstico e tratamento do AVC isquêmico agudo. *Practical Neurology*, 20(4), 304-316. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002557>

Hyun, S. J., Lee, J., & Lee, B. H. (2021). Os efeitos do treinamento Sit-to-Stand combinado com feedback visual em tempo real na força, equilíbrio, capacidade de marcha e qualidade de vida em pacientes com AVC: Um estudo controlado randomizado. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12229. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212229>

Infarmed. (2025). Resumo das características do medicamento. Recuperado de <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (s.d.). Base de dados de medicamentos: Paracetamol. Infarmed. Recuperado em 30 de março de 2025, de <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). Causas de morte 2022. INE.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). Doenças cerebrovasculares em Portugal: impacto e determinantes. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível

em https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf

International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) - Versão 2019. ICN. Disponível em <https://www.icn.ch>

Jha, R., & Shutter, L. (2018). Neurological critical care. In J. Jallo & C. M. Loftus (Eds.), *Neurotrauma and critical care of the brain* (2ª ed.). Thieme.

Johnstone, M. (1979). Restauração da função motora no paciente hemiplégico. Editora Manole.

Jones, C. A., Colletti, C. M., & Ding, M. C. (2020). Disfagia pós-AVC: Insights recentes e perguntas não respondidas. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 20(12), 61. <https://doi.org/10.1007/S11910-020-01081-Z>

Joseph, F., & Scolding, N. (2002). Cerebral vasculitis: A practical approach. *Practical Neurology*, 2, 80-93.

Justo-Henriques, S. I., Pérez-Sáez, E., & Apóstolo, J. L. (2020). Protocolo de intervenção individual baseado na terapia de reminiscência em idosos com perturbação neurocognitiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20043. <https://doi.org/10.12707/RV20043>

Kim, Y. H., Jang, H. J., & Kim, S. Y. (2014). Efeito da mobilização da articulação do quadril na mobilidade, equilíbrio e marcha do quadril em pacientes com AVC. *Physical Therapy Korea*, 21(2), 8-17.

Kofler, M., Hallett, M., Iannetti, G. D., Versace, V., Ellrich, J., Téllez, M. J., & Valls-Solé, J. (2024). The blink reflex and its modulation - Part 1: Physiological mechanisms. *Clinical Neurophysiology*, 160, 130-152. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2023.11.015>

Konecny, P., Elfmark, M., & Urbanek, K. (2011). Facial paresis after stroke and its impact on patients' facial movement and mental status. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 73-75. <https://doi.org/10.2340/16501977-0645>

Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Fisiopatologia e tratamento do AVC: Status atual e perspectivas futuras. *Revista Internacional de Ciências Moleculares*, 21(20), 7609. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>

Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2023). Pathophysiology of stroke: Overview. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK600449/>

Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., et al. (2023). Reabilitação motora após AVC: Definição baseada em consenso e estrutura orientadora da Organização Europeia de AVC (ESO). *European Stroke Journal*, 8(4), 880-894. <https://doi.org/10.1177/23969873231191304>

Langhorne, P., Audebert, H. J., Cadilhac, D. A., Kim, J., & Lindsay, P. (2020). Sistemas de atendimento de AVC em países de alta renda: O que é ideal? *The Lancet*, 396, 1433-1442.

Langhorne, P., et al. (2018). Very early versus delayed mobilisation after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(10), 56. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006187.pub3>

Larrew, T., Hubbard, Z., Almallouhi, E., Banerjee, C., Moss, M., & Spiotta, A. M. (2020). Simultaneous bilateral carotid thrombectomies: A technical note. *Operative Neurosurgery*, 18, E143-E148.

Lee, K. E., Choi, M., & Jeoung, B. (2022). Eficácia do exercício de reabilitação na melhoria da função física de pacientes com AVC: Uma revisão sistemática. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12739. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912739>

Li, J., Zhang, P., Wu, S., Yuan, R., Liu, J., Tao, W., et al. (2020). Impaired consciousness at stroke onset in large hemisphere infarction: Incidence, risk factors and outcome. *Scientific Reports*, 10(1).

Liang, J. N., Ho, K. Y., Hung, V., Reilly, A., Wood, R., Yuskov, N., et al. (2021). Effects of augmented somatosensory input using vibratory insoles to improve walking in individuals with chronic post-stroke hemiparesis. *Gait & Posture*, 86, 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2021.01.016>

Liebeskind, D. (2003). Collateral circulation. *Stroke*, 34, 2279-2284.

Lima, A., & Melo, T. (2011). Informatização da documentação clínica de enfermagem: Expectativas das enfermeiras de implementação. *Revista Enfermagem Referência*, III(4), 81-88.

Lima, D., Braga, A., Fernandes, J., & Brandão, E. (2011). Sistema de informação em saúde: Conceções e perspetivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrónico do paciente. *Revista Enfermagem Referência*, III(5), 113-119.

Lin, Q., Zheng, Y., Lian, P., Guo, Y., Huang, H., Luo, Z., Li, W., Chen, H., Li, S., Lang, S., Chen, Y., Ou, H., & Liang, J. (2020). Avaliação quantitativa estática e dinâmica do controle do equilíbrio em pacientes com AVC. *Journal of Visualized Experiments*, (159). <https://doi.org/10.3791/60884>

Lindsay, K. W., Bone, I., & Fuller, G. (2010). *Neurology and neurosurgery illustrated* (5ª ed.). Elsevier.

Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A teoria do autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6(2), 13-16.

Lundström, E., Terént, A., & Borg, J. (2008). Prevalência de espasticidade incapacitante 1 ano após o primeiro AVC. *European Journal of Neurology*, 15(6), 533-539. Lupo, A., Cinnera, A. M., Pucello, A., Coiro, P., Personeni, S., Iolascon, G., & Paolucci, S. (2018). Effects on balance skills and patient compliance of biofeedback training with inertial measurement units and exergaming in subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *Functional Neurology*, 33(3), 131-136.

Lutz, M., Mockel, M., Lindner, T., Ploner, C. J., Braun, M., & Schmidt, W. U. (2021). The accuracy of initial diagnoses in coma: An observational study in 835 patients with non-traumatic disorder of consciousness. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 15.

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

Maeshima, S., & Osawa, A. (2021). Comprometimento da memória devido a acidente vascular cerebral. In S. Dehkharghani (Ed.), *AVC* (Cap. 6). Exon Publications. <https://doi.org/10.36255/exonpublications.stroke.memoryimpairment.2021>

Malhotra, K., Goyal, N., & Tsivgoulis, G. (2017). Oclusão da artéria carótida interna: Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Current Atherosclerosis Reports*, 19(10). <https://doi.org/10.1007/s11883-017-0677-7>

Marinho Pinto, E. da C., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Morais Pinto Novo, A. F. (2022). Posicionamentos em padrão antiespástico: Olhar sobre as práticas dos enfermeiros no contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 20-29. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.196>

Mateus, A. P., Ruivo, E. A. B., Brito, W. A., Lamari, N. M., & Cavenaghi, S. (2017). Mobilização precoce intra-hospitalar em pacientes após acidente vascular cerebral: Revisão sistemática. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(3), 8-13. Disponível em https://ahs.famerp.br/racs_ol/Vol-24-3/mobilizacao-precoce-intra-hospitalar-em-pacientes-apos-a-cidente-vascular-cerebral-revisao-sistematica.pdf

Mateus, B. de L., et al. (2021). Atuação da fisioterapia na mobilização precoce em pacientes críticos: Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 12006-12014.

Mathews, S., & De Jesus, O. (2023). Trombectomia. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Matos, C. (2011). Paralisia facial periférica: O papel da medicina física e de reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 24(Suppl 4), 907-914. <https://doi.org/10.20344/amp.22863499>

Matos, M. F. G., & Simões, J. A. G. (2020). Enfermagem de reabilitação na transição da pessoa

com alteração motora por AVC: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>

McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem* (4ª ed.). Artmed.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., et al. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing and practice*. Springer Publishing Company.

Mendes, J. P., Loureiro, M., Cardoso, C., Caridade, J., Mariz, M., & Bento, M. da C. (2024). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e os recursos utilizados pelas famílias e enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e35656. <https://rper.pt/article/view/35656>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. *Lusociência*.

Ministério da Saúde. (1998). Carta dos direitos e deveres dos doentes. *Diário da República, Série I-B*, n.º 243.

Miozzo, A. P., Watte, G., Hetzel, G. M., Altmayer, S., Nascimento, D. Z., Cadore, E., Florian, J., Machado, S. D. C., & Plentz, R. D. M. (2023). Oxigenoterapia ambulatorial em candidatos a transplante pulmonar com fibrose pulmonar idiopática encaminhados para reabilitação pulmonar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 49(2), e20220280. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/E20220280>

Mota, L., Pereira, F., & Sousa, P. (2014). SI de enfermagem: Exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista Enfermagem Referência*, IV(1), 85-91.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: Diagnosis and initial management (NG128). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG128>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023, October 18). Stroke rehabilitation in adults (NICE guideline [NG236]). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236>

Norton, N. S., Netter, F. H., & Machado, C. A. G. (2017). *Netter's head and neck anatomy for dentistry* (3ª ed.). Elsevier.

Novo, A., Delgado, B., Gaspar, L., Loureiro, M., Cunha, M., Garcia, S., & Vaz, S. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa com doença crónica: Especificidades do exercício físico. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 375-392). Lidel.

Nunes, A. P. C., Costa, V. L., & Braga, R. J. V. A. (2023). Reabilitação cognitiva à pessoa com acidente vascular cerebral: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O'Dell, M. W. (2023). Stroke rehabilitation and motor recovery. *Continuum*, 29(2), 605-627.

Ohashi, S. N., DeLong, J. H., Kozberg, M. G., Mazur-Hart, D. J., van Veluw, S. J., Alkayed, N. J., & Sansing, L. H. (2023). Papel dos processos inflamatórios no AVC hemorrágico. *Stroke*, 54(2), 605-619. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.037155>

Oliveira Neto, N., Campos, G. F., Alves, L. M., Fonseca, T. M. A., Santos, K. N., Brandão, T. M., de Oliveira, L. R. S., Gervásio, A. P. de C. G., Palacios, H. R. S., & de Souza, G. H. L. (2023). AVC: Avaliação clínica e necessidade de trombectomia. *Revista Foco*, 16(9), e2978. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-020>

Oliveira, R. M. W. (2020). Neuroplasticidade. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 108, 101822. <https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2020.101822>

Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 654-670). Lidel.

Oliveira, J., & Zhao, X. (2011). Fisiopatologia molecular da hemorragia cerebral: Lesão cerebral secundária. *Stroke*, 42, 1781-1786.

Oliveira, T. D., Wilton, S. B., Oliveira, M., & Hill, M. D. (2015). Diagnóstico e tratamento do AVC isquémico agudo: A velocidade é crítica. *Canadian Medical Association Journal*, 187, 887-893.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados na documentação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Código deontológico do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Reabilitação: Reabilitação Cardíaca.

Orem, D. (1991). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Masson.

Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível na Internet: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

O'Sullivan, M. J., Li, X., Galligan, D., & Pendlebury, S. T. (2023). Cognitive recovery after stroke: Memory. *Stroke*, 54(1), e41-e43.

Ozdinc, A., Aydin, Z., Calim, M., Ozkan, A. S., Bakir, H., & Akbas, S. (2023). Conscientização sobre privacidade entre profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva: Um estudo transversal multicêntrico. *Medicina (Baltimore)*, 102(6), e32930. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032930>

Paixão, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>

Palmer, S. J. (2023). Identificação, cuidado e prevenção do AVC são possíveis. *British Journal of Healthcare Assistants*, 17, 236-239. <https://doi.org/10.12968/bjha.2023.17.6.236>

Pannain, G. D., Ribeiro, C. C., Jacob, M. B., Pires, L. A., & Almeida, A. L. M. (2019). Relato de experiência: Dia Mundial do Acidente Vascular Cerebral. *HU Revista*, 45(1), 104-108.

Paolucci, T., Pezzi, L., La Verde, R., Latessa, P. M., Bellomo, R. G., & Saggini, R. (2021). The focal mechanical vibration for balance improvement in elderly - A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 2009-2021. <https://doi.org/10.2147/CIA.S328638>

Parque, S. J., & Youn, P. S. (2017). O efeito imediato da mobilização da articulação do punho com bandagem na amplitude de movimento, força de preensão e espasticidade em pacientes com AVC. *Journal of Korean Physical Therapy*, 29(4), 187-193.

Pereira, J., & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 18(3), 81-87.

Pérez-de la Cruz, S. (2021). Comparação entre três opções terapêuticas para o tratamento do equilíbrio e da marcha no AVC: Um estudo controlado randomizado. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 426. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020426>

Persson, Holmegaard, L., Redfors, P., Jern, C., Blomstrand, C., & Jood, K. (2020). Aumento do tônus muscular e contratura tardia após acidente vascular cerebral isquêmico. *Brain and*

Behavior, 10(2), e01509. <https://doi.org/10.1002/BRB3.1509>

Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 3-14). Lusodidacta.

Pizov, N. A. (2023). Rehabilitation after stroke. *Meditinskiy Sovet = Medical Council*, 21, 28-33.

Pontes, M., & Santos, A. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (1ª ed., pp. 89-100). Lusodidacta.

Pollock, A., Fazendeiro, S. E., Brady, M. C., Langhorne, P., Mead, G. E., Mehrholz, J., et al. (2014). Intervenções para melhorar a função do membro superior após acidente vascular cerebral. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11), CD010820.

Power, S., & Vagal, A. S. (2024). Stroke and its mimics: Diagnosis and treatment. In J. Hodler, R. A. Kubik-Huch, & J. E. Roos (Eds.), *Diseases of the brain, head and neck, spine 2024-2027: Diagnostic imaging* (Chapter 3). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-50675-8_3

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke*, 50(12), e344-e418.

Raghavan, P. (2015). Comprometimento motor do membro superior após acidente vascular cerebral. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 26(4), 599-610. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2015.06.008>

Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 133, 12 de julho de 2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República: II Série*, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119.

Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 85, 3 de maio de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República: II Série, n.º 184. <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>

Reis, S., Castro, E. R. M., Carvalho, S. I. P., Carvalho, S. Z. F., Fernandes, C. S., & Martins, M. M. F. P. S. (2021). Mobilização precoce de doentes na unidade cuidados intensivos: Contributo para a enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 23-30. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.151>

Rey Pérez, A. (2005). *Emergencias neurológicas*. Elsevier.

Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021a). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 58-66). Lidel.

Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021b). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 375-392). Lidel.

Ribeiro, P., Oliveira, F. D. B., Rodrigues, M. F. R., Alves, M. A. S., Silva, C. F., Prazeres, V. M. P., Ribeiro, O. M. P. L., & Bettencourt de Jesus, M. M. G. R. (2021c). Enfermagem de reabilitação: A prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 37(2ª série), 47-56.

Rocha, J. V. C., Araújo, D. R. B., Rocha, R. B., & Cardoso, V. S. (2019). Methods of equilibrium assessment and use in non-healthy individuals: A systematic review. *Journal of Physiotherapy Research*, 9(3), 409-420. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i3.2435>

Rocha, I. D. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N., & Pestana, H. C. F. C. (2020). Intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Sup 1), 5-17. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755>

Roldão, L., & Conceição, F. (2019). O treino de marcha na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa com AVC: Revisão sistemática da literatura. *Projetar Enfermagem - Revista Científica de Enfermagem*, 1, 63-74. Disponível em <https://projetarenfermagem.pt/wp-content/uploads/2019/02/Projetar-Enfermagem-n1-2.pdf>

Sá, N., Oliveira, F., Almeida, F., Sacramento, C., & Oliveira, M. I. (2023). Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e265. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>

Sabbah, A., El Mously, S., Elgendy, H. H. M., et al. (2020). Resultado funcional da mobilização

articular adicionada ao treinamento orientado a tarefas sobre a função da mão em pacientes com AVC crônico. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 56, 38. <https://doi.org/10.1186/s41983-020-00170-7>

Salaudeen, M. A., Allan, S., & Pinteaux, E. (2023). Hipóxia e células-tronco/estromais mesenquimais preparadas por interleucina-1 como nova terapia para acidente vascular cerebral. *Human Cell*, 37, 154-166. <https://doi.org/10.1007/S13577-023-00997-1>

Salaudeen, M. A., Bello, N., Danraka, R. N., & Ammani, M. L. (2024). Compreendendo a fisiopatologia do AVC isquêmico: A base das terapias atuais e a oportunidade para novas. *Biomolecules*, 14(3), 305. <https://doi.org/10.3390/biom14030305>

Sambe, A. Y., da Silva, J. K. M., Pellizzari, C. C. A., & Valenciano, P. J. (2022). Efeitos da vibração do tendão muscular no equilíbrio após acidente vascular cerebral: Revisão sistemática. *Fisioterapia e Pesquisa*, 29(3), 311-326. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/22007629032022PT>

Santos, J. T., Campos, C. M. S., & Martins, M. M. (2020a). 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, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21047. <https://doi.org/10.12707/RV21047>

Santos, M. R., & Gonçalves, M. C. (2020b). Sistemas de saúde e competências do enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272.

Santos, T., Silva, H., & Almeida, T. V. (2023). A pessoa com alteração na deglutição. *Gazeta Médica*, 10(3), 203-211. <https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.619>

Schimmel, M., Ono, T., Lam, O. L. T., & Müller, F. (2017). Oro-facial impairment in stroke patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, 44(4), 313-326. <https://doi.org/10.1111/joor.12486>

Schmidt, A., & Fontanesi, M. (2016). Intervenções em afasia: Uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(1), 252-262. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817715>

Schrock, J. W., Lou, L., Bola, B. A. W., & Van Etten, J. (2018). O uso de um rastreamento de disfagia no pronto-socorro está associado à diminuição da pneumonia em acidentes vasculares cerebrais agudos. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(12), 2152-2154. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.03.046>

Schwarz, A., Bhagubai, M. M. C., Wolterink, G., Held, J. P. O., Luft, A. R., & Veltink, P. H. (2020). Avaliação de deficiências de movimento dos membros superiores após acidente vascular cerebral usando detecção inercial vestível. *Sensors (Basel)*, 20(17), 4770.

<https://doi.org/10.3390/s20174770>

Selves, C., Stoquart, G., & Lejeune, T. (2020). Reabilitação da marcha após AVC: Revisão das evidências de preditores, resultados clínicos e tempo para intervenções. *Acta Neurologica Belgica*, 120(4), 783-790. Shu, X., Fan, Y., Leung, K. C. M., & Lo, E. C. M. (2023). Masticatory function of stroke patients: A systematic review with meta-analysis. *Gerodontology*, 40, 172-182. <https://doi.org/10.1111/ger.1265>

Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). Os efeitos combinativos da teoria do autocuidado de Orem e da enfermagem PDCA na função cognitiva, função neurológica e capacidade de vida diária no AVC agudo. *American Journal of Translational Research*, 13(9), 10493-10500.

Silva Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Lourenço, M., Cruz, V. V., & Vargas, C. P. (2024). Reabilitação em enfermagem: Processos de inclusão e acessibilidade - Instrumento de avaliação para enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 7(2), e412. Disponível em <https://rper.pt/article/view/37418>

Silva, P. C. L., & Grilo, E. N. (2018). Reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 49-59. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4417>

Silva, R. A., & Lopes, M. V. O. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 611-616. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>

Silveira, M. J. (2013). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação no doente com alterações a nível da comunicação e linguagem, em particular no doente que sofreu AVC. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16199/1/Relat%c3%b3rio%20%20Est%c3%a1gio%20M%c2%aa%20Jo%c3%a3o.pdf>

Sousa, L., & Pereira, F. (2019). Prevenção do ombro doloroso na pessoa adulta após o acidente vascular cerebral: Revisão integrativa da literatura.

Sousa, L. M. M., Martins, M. 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>

Souza, M. V. S., Araújo, M. S. H. B., Melo, H. D., Sousa, L. R. P., Vieira, V. H. M., Sousa, A. N. R., Lopes, A. P., Brito, J. P., França, V. S. S., & Dalchiavon, G. G. (2024). A influência da plasticidade neuronal na reabilitação precoce de pacientes com acidente vascular encefálico. *Revista Contemporânea*, 4(10), e6182. <https://doi.org/10.56083/RCV4N10-109>

Stacy, K. M., & Burke, D. M. (2021). UNIT IV Neurologic alterations. In Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (Eds.), *Critical care nursing: Diagnoses and management* (9^a ed., pp. 534-625). Elsevier.

Stecco, A., & Stecco, C. (2014). Mecanismos periféricos de espasticidade e implicações do tratamento. *Current Reports in Physical Medicine and Rehabilitation*.

Stroke Foundation. (2023). National clinical guidelines for stroke management - Chapter 4 of 8: Secondary prevention. <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>

Tábuas-Pereira, M., Freitas, S., Beato-Coelho, J., Ribeiro, J., Parra, J., Martins, C., Silva, M., Matos, M. A., Nogueira, A. R., 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. *Acta Médica Portuguesa*, 31(5), 265-271. <https://doi.org/10.20344/amp.9090>

Tasneem, N., Samaniego, E. A., Pieper, C., Leira, E. C., Adams, H. P., Hasan, D., & Ortega Gutierrez, S. (2017). Brain multimodality monitoring: A new tool in neurocritical care of comatose patients. *Neuroscience Journal*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/6097265>

Teasell, R., & Hussein, N. (2018). Background concepts in stroke rehabilitation. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*.

Teixeira, F., De Brito Da Silva, M., Cristina Nunes De Mesquita, A., & Pestana, H. C. F. C. P. (2023). Intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com negligência hemiespacial - Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e341. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/341>

Térémetz, M., Hamdoun, S., Colle, F., Gerardin, E., Desvilles, C., Carment, L., Charron, S., Cuenca, M., Calvet, D., Baron, J. C., Turc, G., Maier, M. A., Rosso, C., Mas, J. L., Lindberg, P. G. (2023). *Journal of Neuroengineering and Rehabilitation*, 20(1), 93. <https://doi.org/10.1186/S12984-023-01213-9>

Thomas, A. B., Olesh, E. V., Adcock, A., & Gritsenko, V. (2021). Torques musculares e acelerações articulares fornecem medidas mais sensíveis de déficits de movimento pós-AVC do que ângulos articulares. *Journal of Neurophysiology*, 126(2), 591-606. <https://doi.org/10.1152/jn.00149.2021>

Thomas, L. H., Coupe, J., Cross, L. D., Tan, A. L., & Watkins, C. L. (2019). Intervenções para o tratamento da incontinência urinária após acidente vascular cerebral em adultos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD004462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004462.pub4>

Tyson, S. F., Hanley, M., et al. (2008). Perda sensorial em pessoas internadas com AVC:

Características, fatores associados e relação com a função. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 22(2), 166-172. <https://doi.org/10.1177/1545968307305523>

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*. Canada: Elsevier Mosby

Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 34-37). Lidel.

Vermelho, A., & Pestana, S. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação cardíaca intra-hospitalar. In O. Ribeiro (Coord.), *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 576-599). Lidel.

Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., et al. (2020). Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139, 596.

Wang, W., Wei, M., Cheng, Y., Zhao, H., Du, H., Hou, W., Yu, Y., Zhu, Z., Qiu, L., Zhang, T., & Wu, J. (2022). Segurança e eficácia da reabilitação precoce após AVC usando trombectomia mecânica: Um estudo piloto randomizado controlado. *Frontiers in Neurology*, 13, 698439. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.698439>

Weir, C., Bradford, A., & Lees, K. (2003). The prognostic value of the components of the Glasgow Coma Scale following acute stroke. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 96, 67-74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509651>

Whitehead, S., & Baalbergen, E. (2019). Post-stroke rehabilitation. *South African Medical Journal*, 109(2), 81-83.

Wijdicks, E. F. M. (2003). *Clinical practice of critical care neurology* (2ª ed.). Oxford University Press.

Wills, E. M. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. In M. McEwen & E. M. Wills (Orgs.), *Bases teóricas da enfermagem* (4ª ed., pp. 133-161). Artmed.

World Health Organization. (2023). *Package of interventions for rehabilitation. Module 1. Introduction*. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). *Framework for the care of acute coronary syndrome and stroke. AVC Brasil. Retrieved from https://avc.org.br/wp-content/uploads/2025/01/Framework-for-the-care-of-acute-coronary-syndrome-and-stroke-WHO.pdf*

Zhang, Y., Xing, Y., Li, C., et al. (2022). Terapia de espelho para negligência unilateral após

acidente vascular cerebral: Uma revisão sistemática. *European Journal of Neurology*, 29, 358-371. <https://doi.org/10.1111/ENE.15122>

8. ANEXOS

Anexo I



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DAVID FERNANDO SILVA CUNHA

membro nº **87594** desta Ordem, participou no(a) "**III Congresso do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação**", realizado de **23 de Outubro de 2024** a **24 de Outubro de 2024**, com duração total de **10 horas**, no(a) **Centro de Congressos do LNEC**.

Lisboa, 24 de Outubro de 2024

O Bastonário

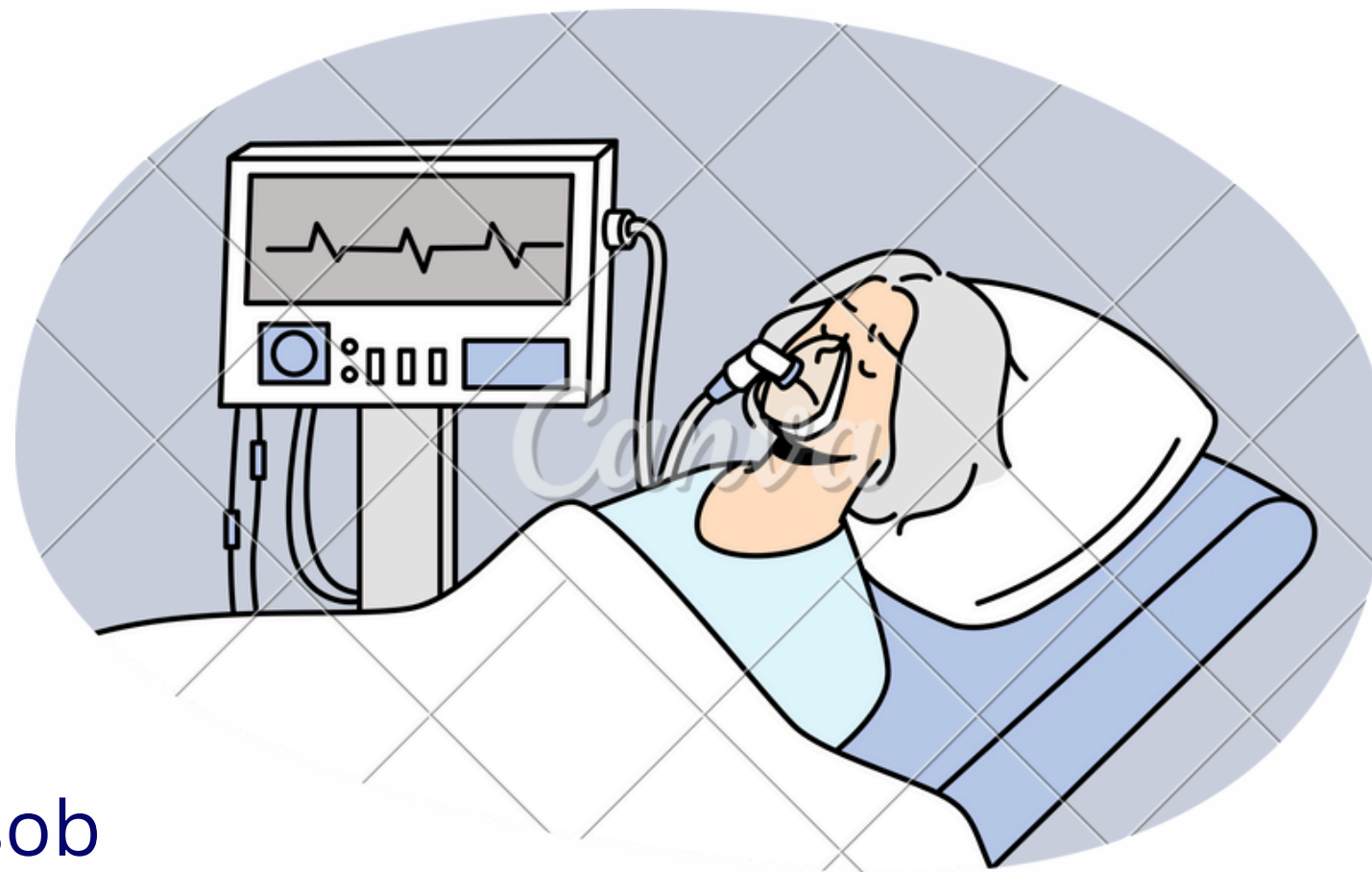
Luís Filipe Barreira

Anexo II

Ventilação Mecânica Não Invasiva

Porto, 2025

Apresentado por David Cunha, sob
Supervisão Clínica de EEER [REDACTED]
e Orientação Professor PhD João Ventura



Objetivos Formativos

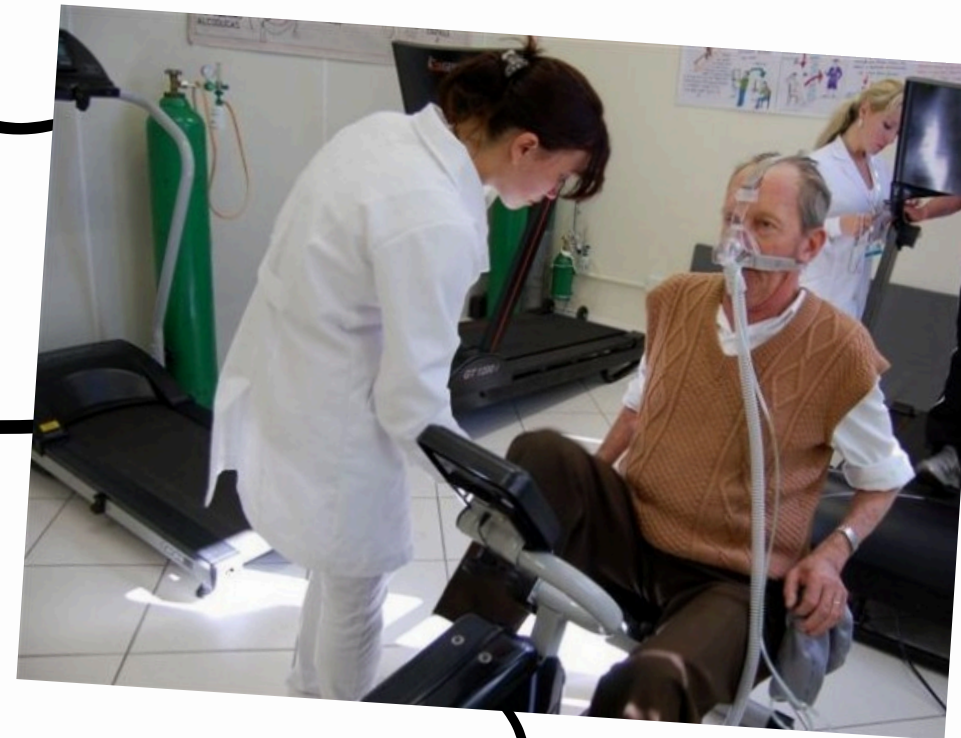


Compreender os princípios da VMNI

Reconhecer as principais indicações e contra-indicações para a aplicação da VMNI

Entender a importância do EEER no doente com VMNI

Conhecer os principais parâmetros e modos ventilatórios



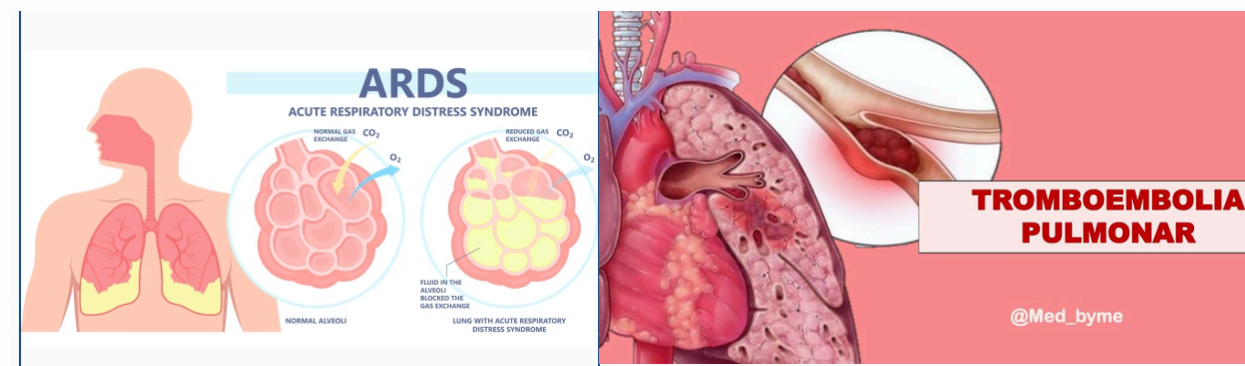
Entender o que avaliar, preparar e cuidados a ter na aplicação da VMNI



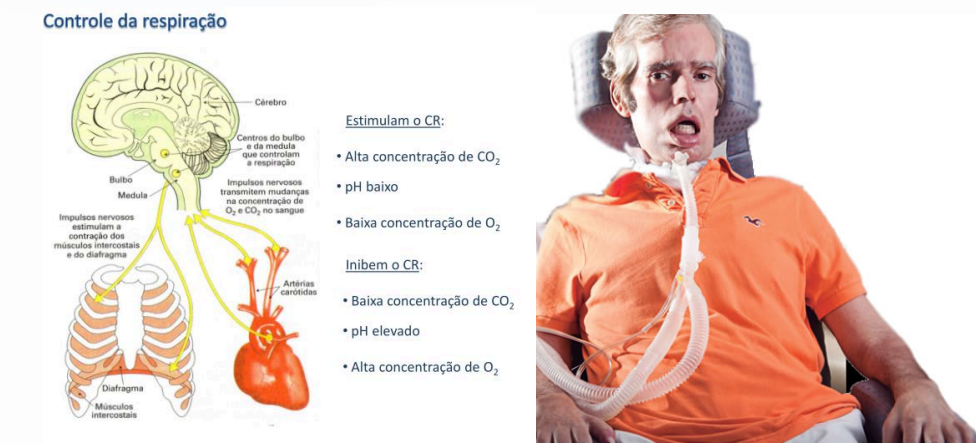
Um breve olhar sobre a Fisiopatologia

Insuficiência Respiratória

Pulmão: Difusão e Perfução
IR Hipóxêmica



Bomba Ventilatória
IR Hipercápnica
SNC

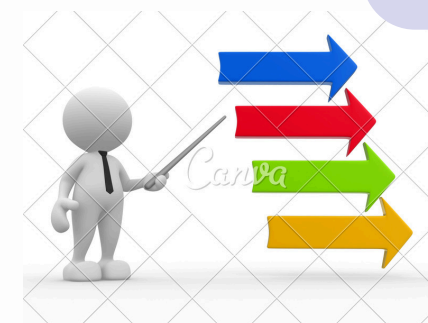


Tipos de Insuficiência Respiratória

Tipo 1: Parcial Ou Hipoxêmica
PaO₂ < 60mmhg, PaCO₂ normal ou diminuído

Tipo 2: Global Ou Hipercápnica
PaO₂ < 60mmhg; PaCO₂ > 45mmhg

Tempo de Instalação



Agudizada
Crónica
Crónica Agudizada

Ventilação Mecânica

Ventilação Mecânica Invasiva



Sempre que existe uma via aérea avançada

- Tubo Endotraqueal
- Tubo Nasotraqueal
- Cânula de traqueostomia

Ventilação Mecânica Não Invasiva

Fornecimento de suporte ventilatório sem prótese endotraqueal
Presença de interface entre ventilador e doente



**Aplicação de pressões
positivas na via aérea**

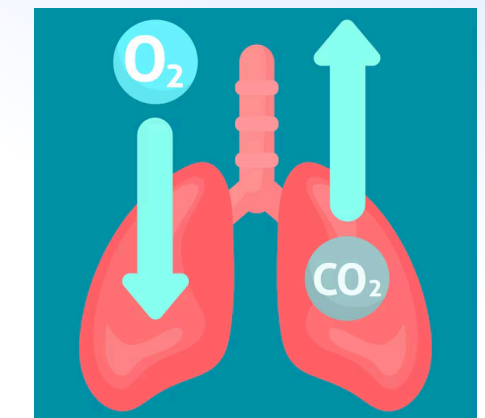
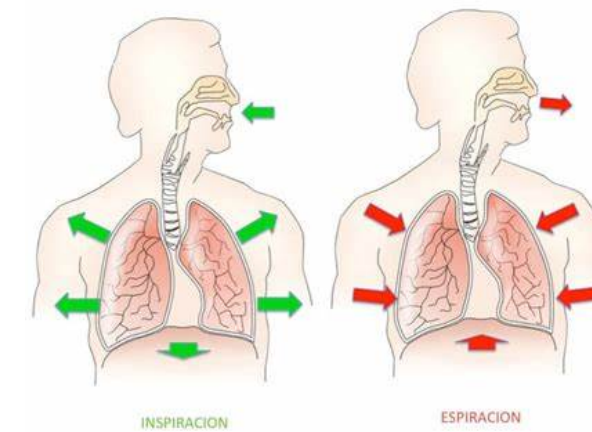
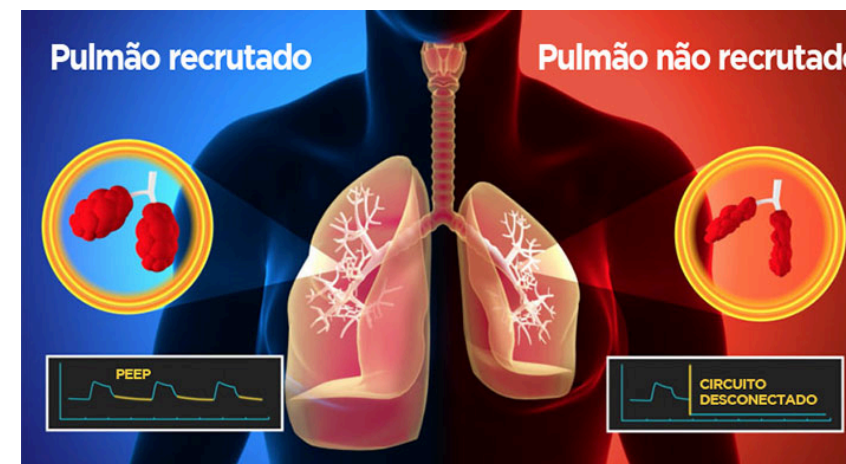
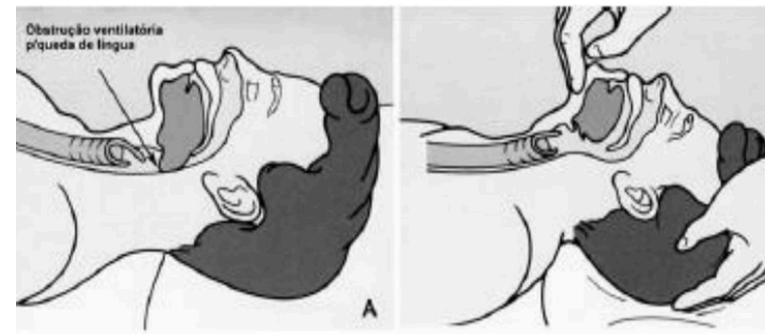


Com que finalidade?

**Diminuir o trabalho respiratório
Recuperar a homeostasia do O₂ e CO₂**

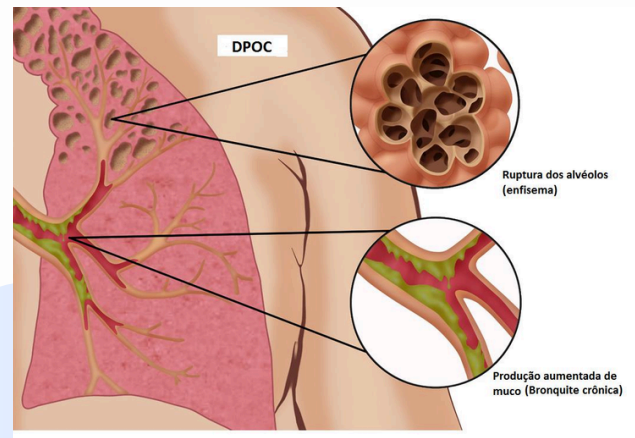
Ventilação Mecânica Não Invasiva

Efeitos Fisiológicos



1. Aumenta a permeabilidade das vias aéreas superiores;
2. Promove o recrutamento alveolar;
3. Melhora a relação V/Q, as trocas gasosas, a oxigenação e a compliance pulmonar;
4. Diminui W respiratório, a Frequência Respiratória, P transpulmonares e PaCO₂.

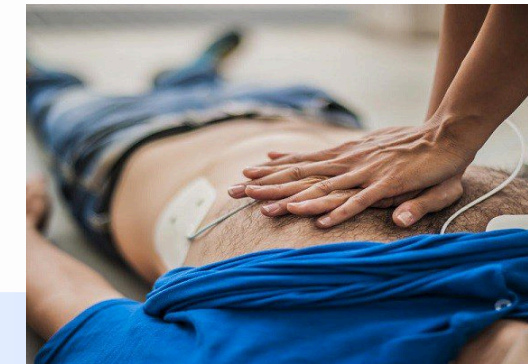
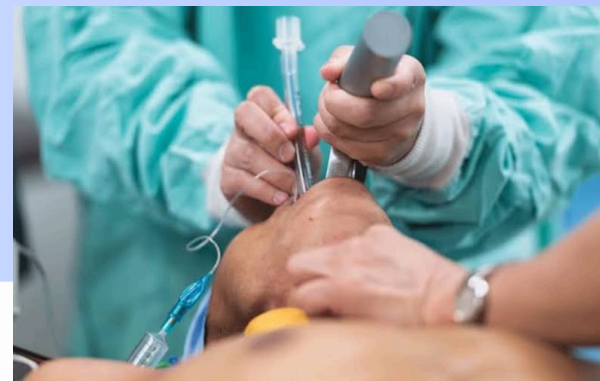
Indicações VS Contraindicações



Maior Evidência

- Exacerbação da DPOC;
- Edema Agudo do Pulmão Cardiogênico;
- Prevenção da Reintubação em doentes com risco elevado de IR;
- Pós Operatório;
- Desmame Precoce em doentes DPOC;
- Crise Asmática Moderada.

Evidência Fraca



- Paragem Cardiorrespiratória;
- Obstrução ou incapacidade de proteção da VA;
- Incapacidade de ajuste do interface;
- Doenças ativas (eg. Hemorragia gastrointestinal, anastomose do esôfago recente);
- Incapacidade de eliminar secreções;
- Não cooperação do doente.



Modalidades Ventilatórias

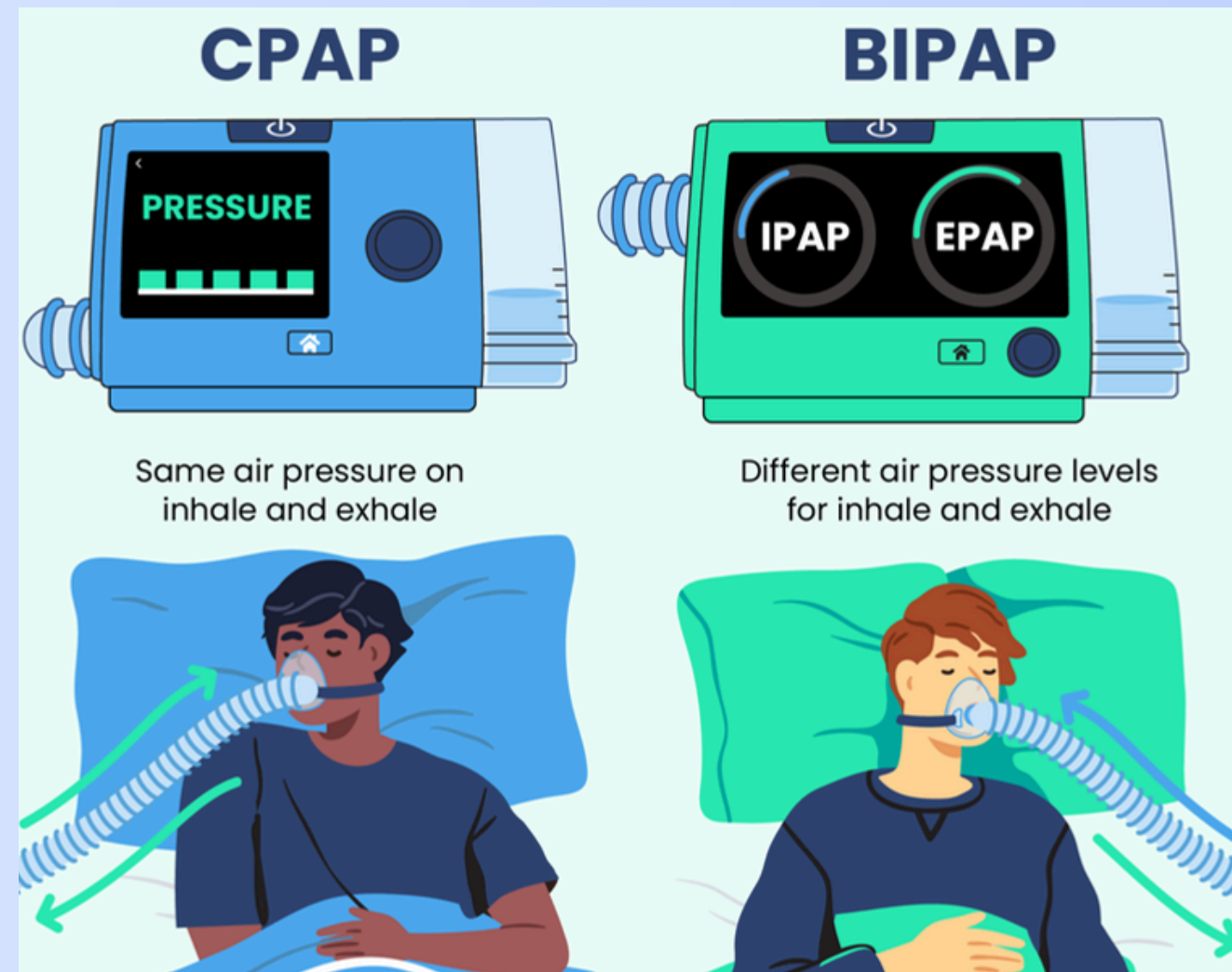
CPAP

Continuous positive airway pressure

Mesma pressão positiva aplicada durante o ciclo respiratório em que todas as respirações são espontâneas



Ventilação depende dos músculos inspiratórios, não assistindo ativamente durante a fase inspiratória



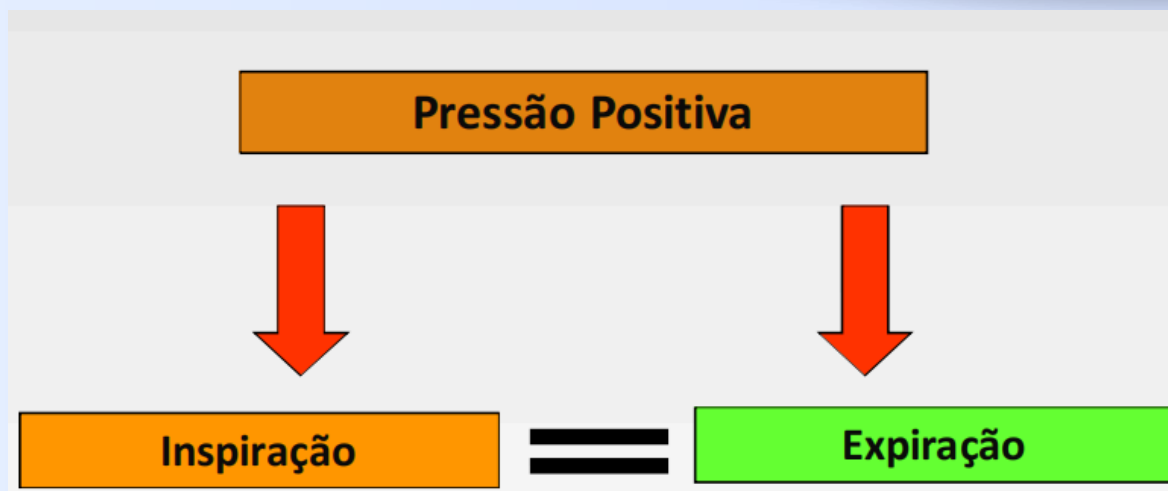
BIPAP

Bilevel positive airway pressure

Suporte Ventilatório Completo: Aplicação de Pressão Positiva na fase inspiratória (IPAP) > Pressão Positiva aplicada durante a fase Expiratória (EPAP)



Através do IPAP permite o “repouso” dos músculos respiratórios



- EPAP (PEEP)
 - Recruits alveoli
 - Increases VQ matching
 - Improves oxygenation
- IPAP – EPAP (pressure support)
 - Increases tidal volume
 - Reduces CO₂
 - Improves Ventilation and decrease work of breathing

EPAP 5-10cmH₂O

IPAP 12-20cmH₂O

Conceitos Fisiológicos Ventilatórios



VOLUME CORRENTE (VT)

Volume de gás movimentado em toda a respiração

Valor normal: 6-8 ml/kg

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Número de incursões respiratórias realizadas por minuto

Valor normal: 10 a 20 ciclos por minuto

VENTILAÇÃO ALVEOLAR (VE)

Volume de ar mobilizado durante um minuto

$$VE = FR \times VT$$

TINS /TEXP

T_{insp}: Tempo necessário para completar uma inspiração

T_{exp}: Tempo necessário para completar uma expiração

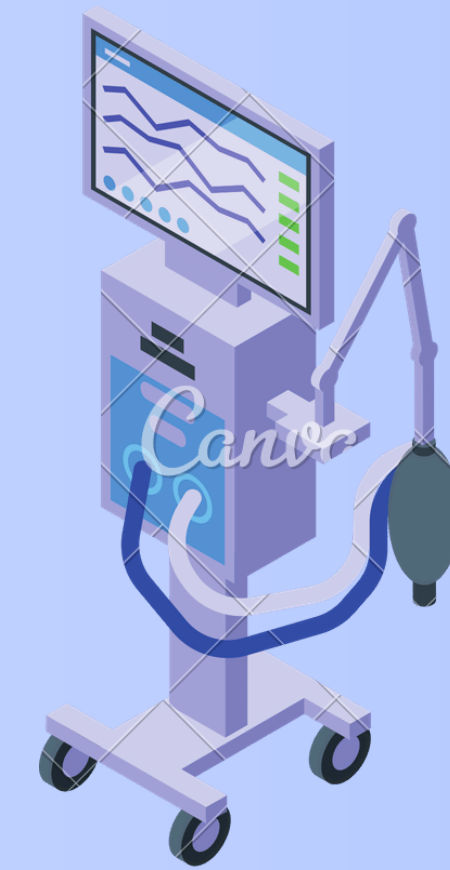
T_{insp}: 1/3 do ciclo resp total

T_{exp}: 2/3 do ciclo resp total

TEMPO TOTAL (TTOT)

Tempo que ocorre para que ocorra um ciclo respiratório completo

$$TTOT = T_{INSP} + T_{EXP}$$

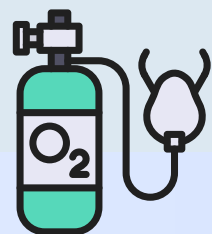


Parâmetros Ventilatórios – BIPAP



1. EPAP
2. IPAP
3. FiO₂

1. Pressão Positiva na Expiração
(+/- 6cmH₂O)
2. Pressão Positiva na Inspiração
(+/- 10cmH₂O).
3. Fração Inspiratória de O₂



1. Trigger Inspiratório
2. Trigger Expiratório

1. Sensor que detecta quando se quer iniciar uma inspiração
2. Sensor que detecta quando deve parar de aplicar IPAP e passar à aplicação de EPAP

1. Relação Inspiração:Expiração I:E
2. Rise Time

1. Percentagem de tempo que dura a inspiração relativamente ao tempo expiratório de cada ciclo
2. Rapidez com que se atinge o IPAP durante a fase inspiratória

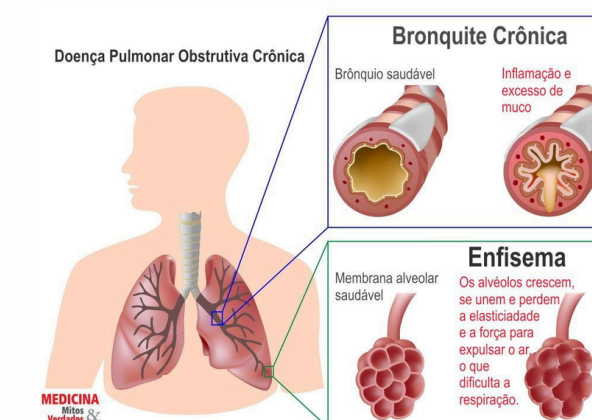
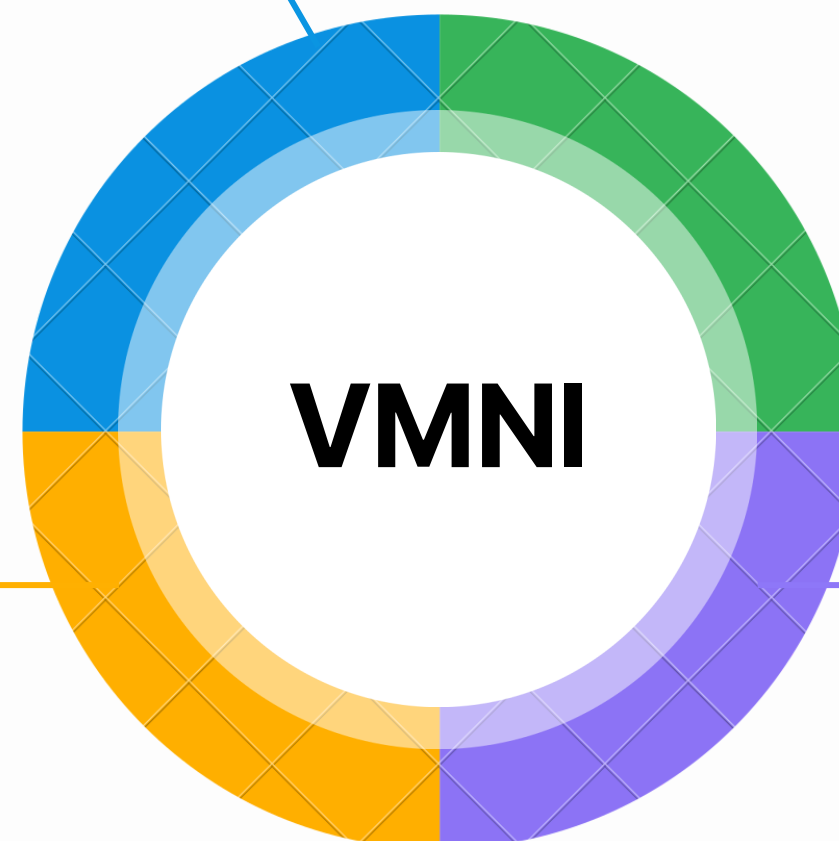


Domicílio



Doença Pulmonar Crônica (DPOC)

Na DPOC avançada podem apresentar dificuldade respiratória significativa e beneficiam do suporte ventilatório durante o sono ou em casos de exacerbações agudas.



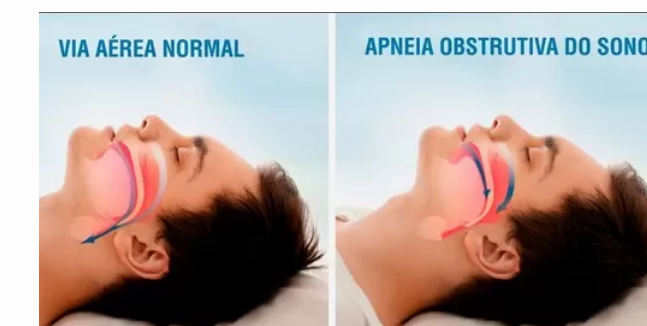
Insuficiência respiratória crônica

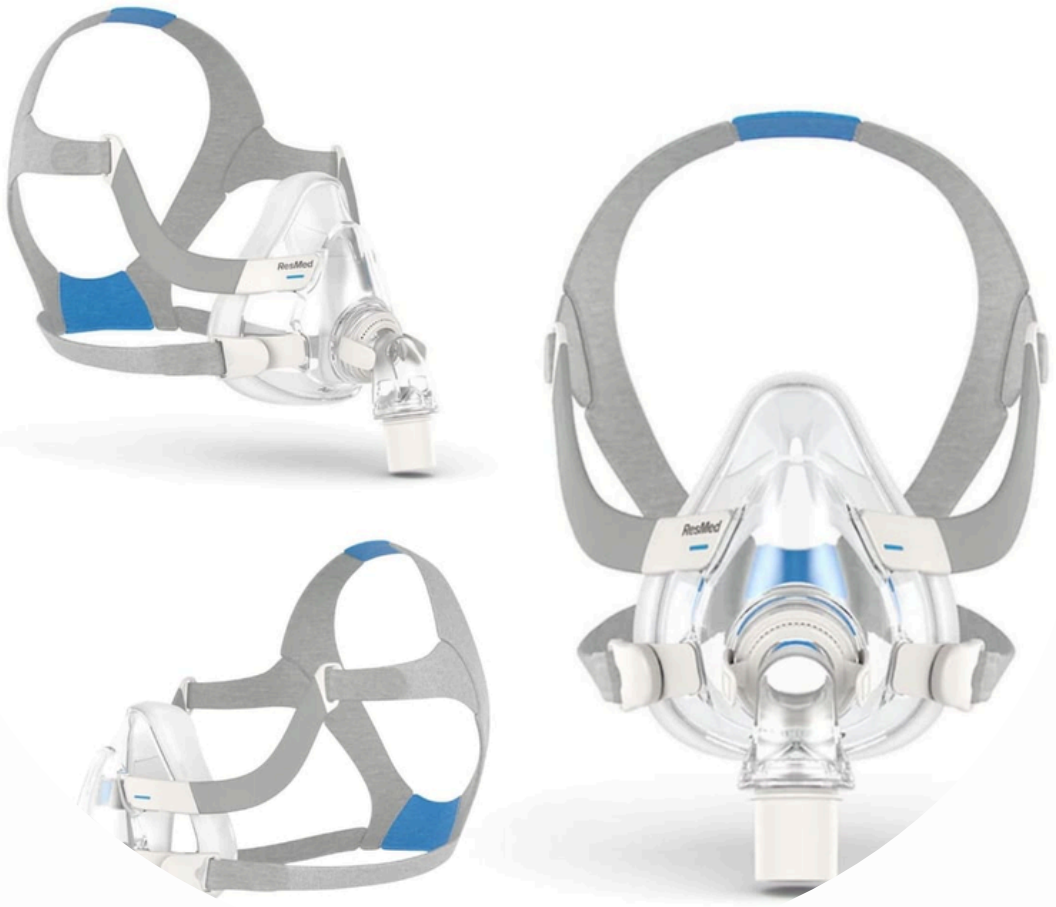
Fibrose pulmonar, doença neuromuscular ou deformidades torácicas, podem necessitar de ventilação não invasiva para ajudar a manter uma adequada oxigenação e ventilação.

Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS)

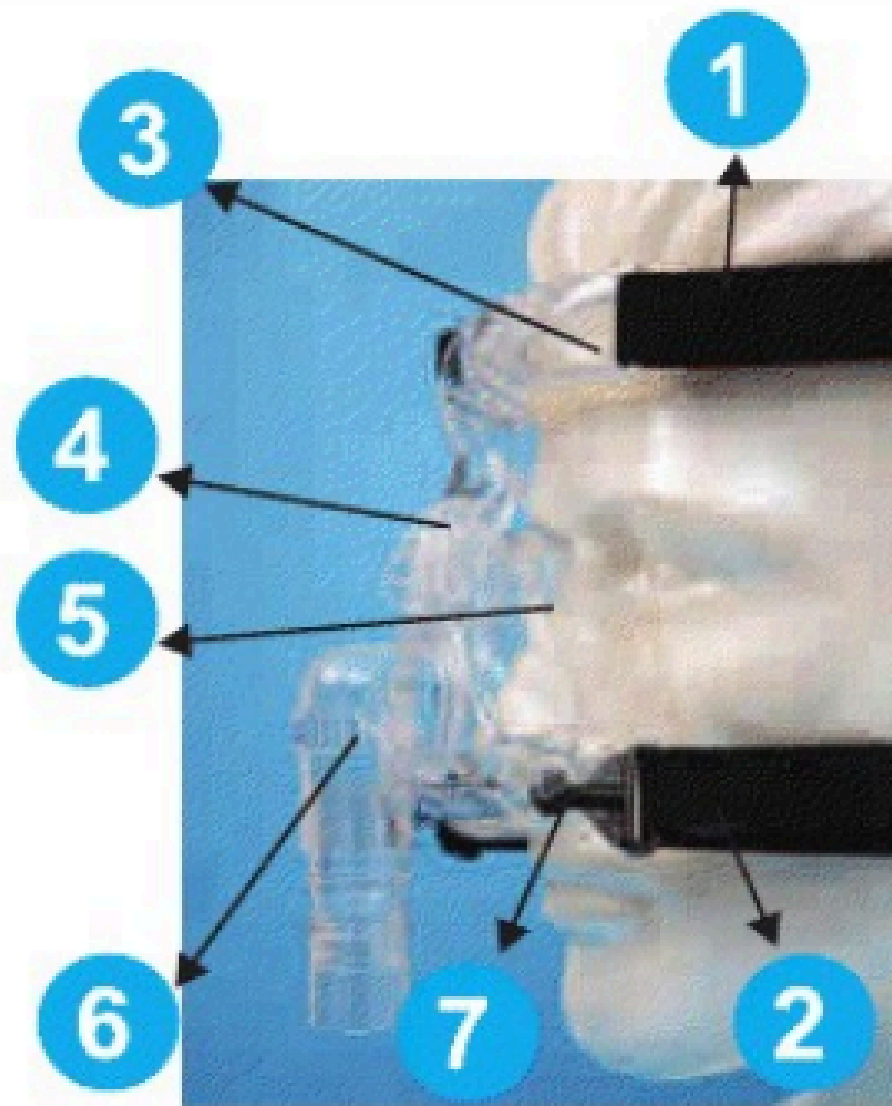


Ajuda a reduzir significativamente os eventos da apneia durante o sono, melhorando a qualidade do sono e reduzindo os sintomas diurnos, como sonolência excessiva.



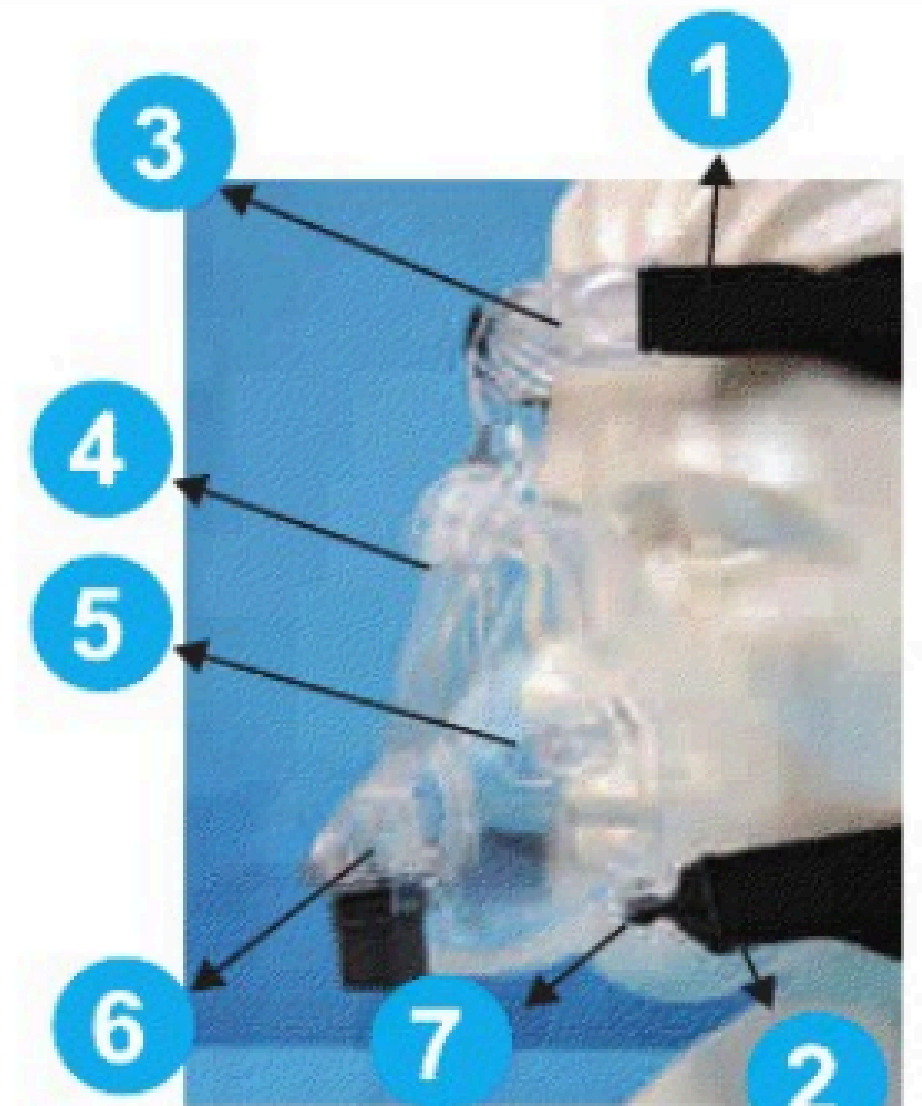


VMNI - Interface

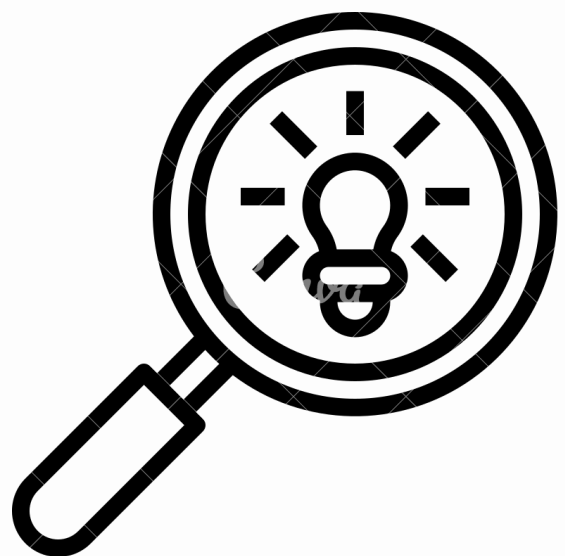


Máscara nasal

1. Arnês (touca/tiras) (Parte superior);
2. Arnês (touca/tiras) (Parte inferior);
3. Apoio de testa;
4. Regulador angular;
5. Corpo da Máscara;
6. Swivel com porta de exalação;
7. Encaixe;

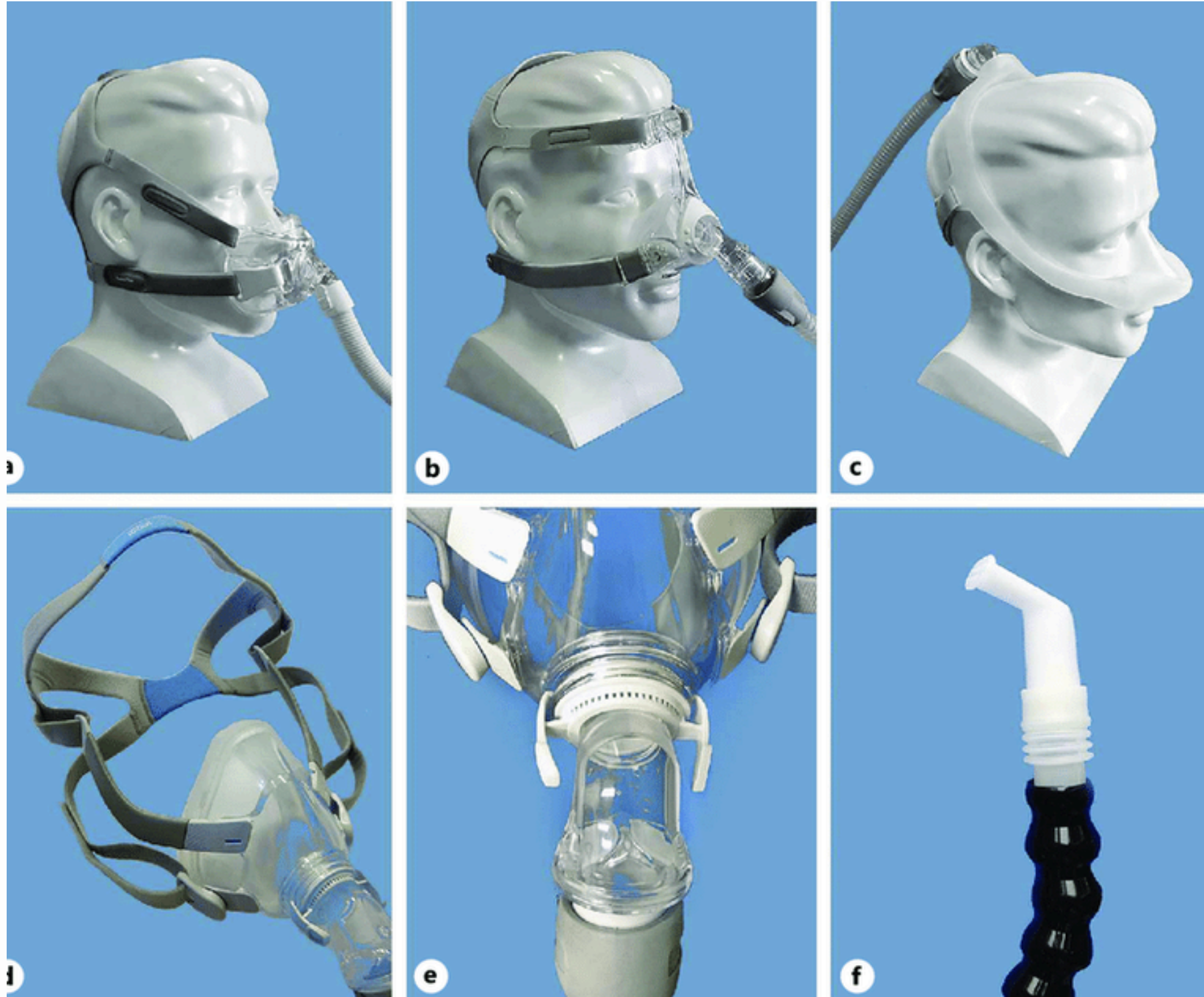


Máscara facial



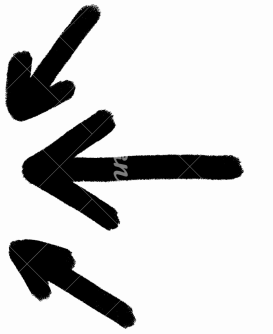
Principais tipos Interfaces

Mais Frequentes
no Domicílio



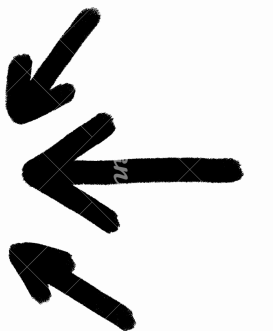
ORO NASAL

- Melhor controle de fuga pela boca
- Mais eficaz em doentes que respiram pela boca
- Aumento do risco de aspiração
- Dificuldade em falar, comer e expelir secreções

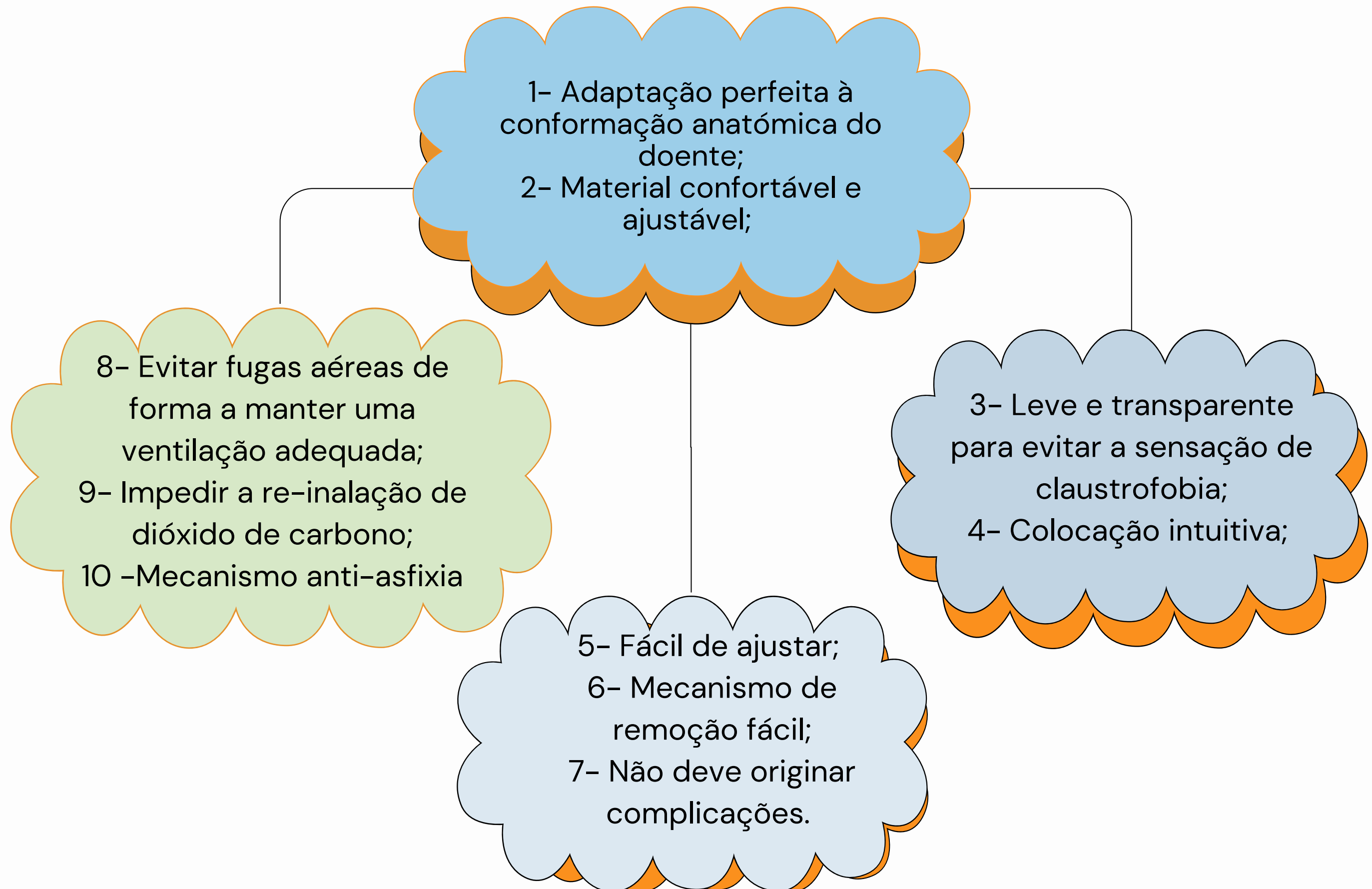


NASAL

- Menor risco de aspiração
- Melhor libertação de secreções
- Menos claustrofobia
- Discurso mais fácil
- Fácil de adaptar e seguro
- Fuga pela boca
- Maior resistência através de passagens nasais
- Menos eficaz com obstrução nasal
- Irritação nasal e rinorreia
- Desidratação da mucosa oral



Interface – Características



Interface - como medir?

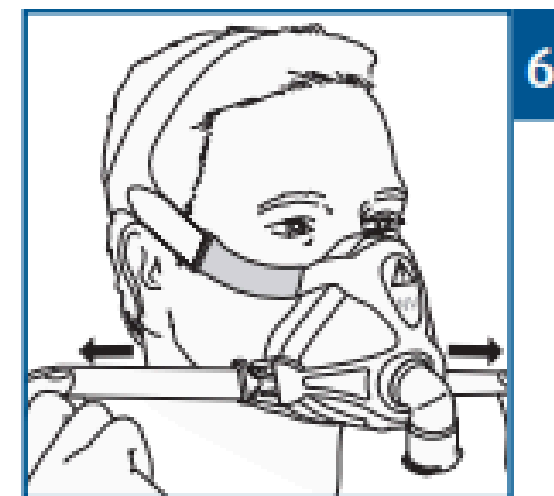
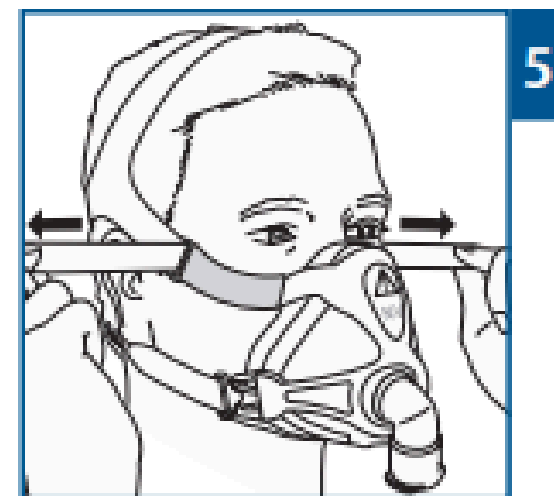
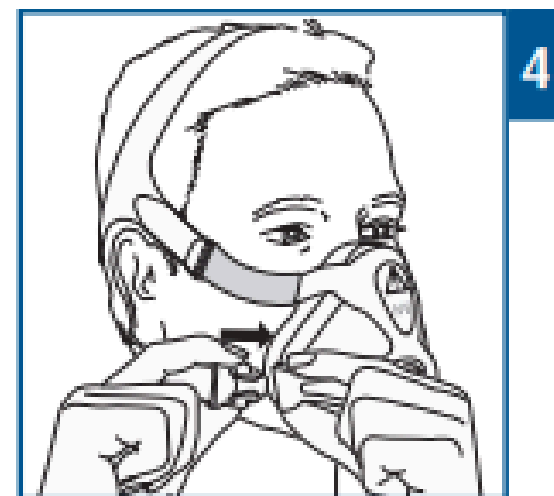
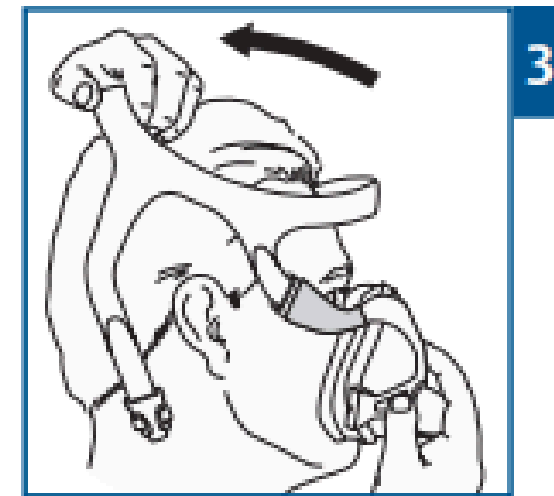
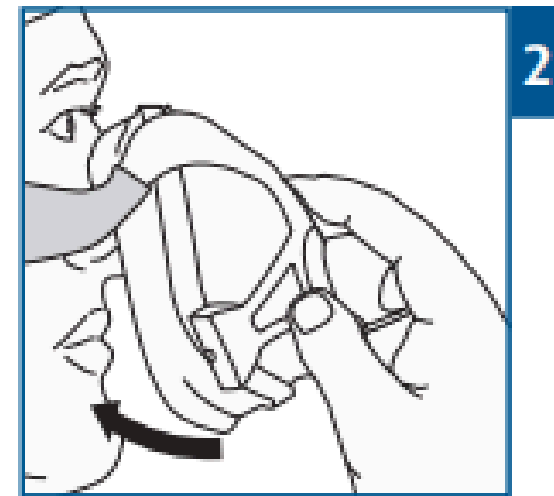
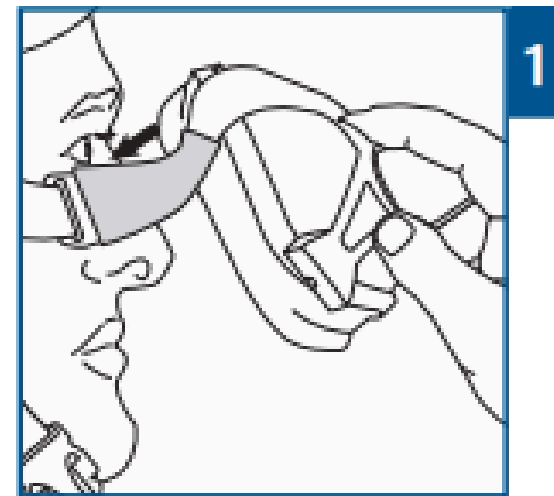


Encostar a parte superior do medidor ao nariz

Regular a parte móvel do medidor, posicionando-a entre o lábio inferior e o mento, de modo a definir o tamanho da interface (S, M ou L)



Etapas de adaptação de máscara

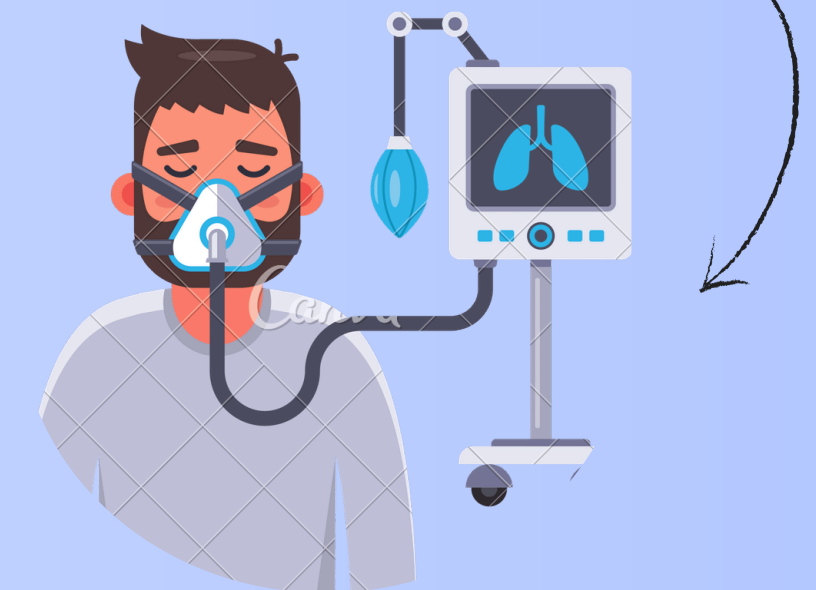


Máscara Facial

Máscara Nasal

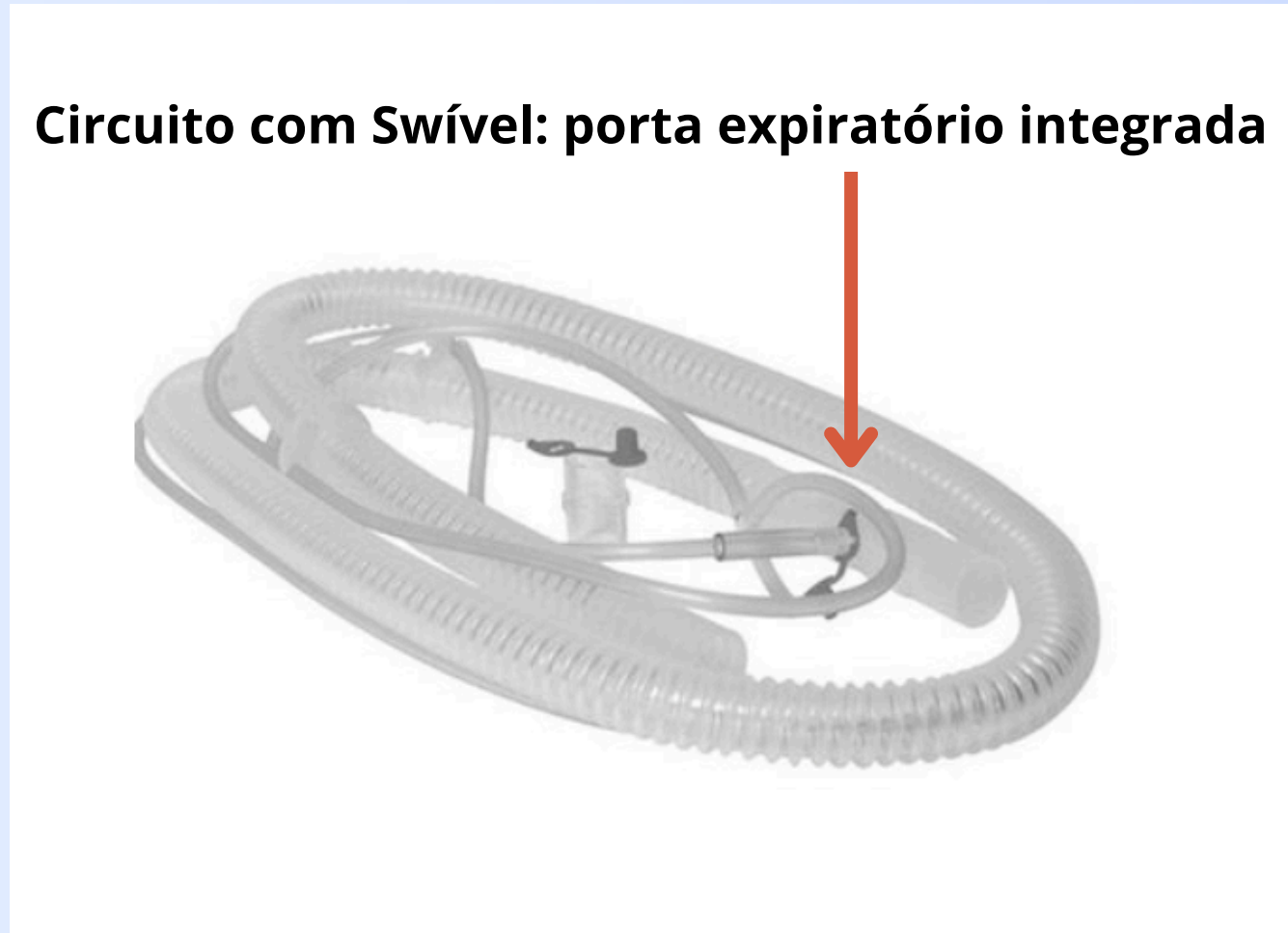
Estratégias a contemplar

- Evitar apertar excessivamente o arnês: associado a maior risco de UPP, sendo que se houver fugas é preferível reposicionar ou trocar a máscara;
- Máscara termina abaixo do lábio inferior e nunca apoiar na dentição;
- Para maior eficácia pode haver a necessidade de corte de barba.



Acessórios da VMNI – Máscaras Ventiladas e Máscaras Não Ventiladas

Circuito com Swível: porta expiratório integrada



Hospital

Circuito Simples



Domicílio

Máscara Não Ventilada

Máscara Não Ventilada com VAA



Máscara Ventilada



Complicações VMNI

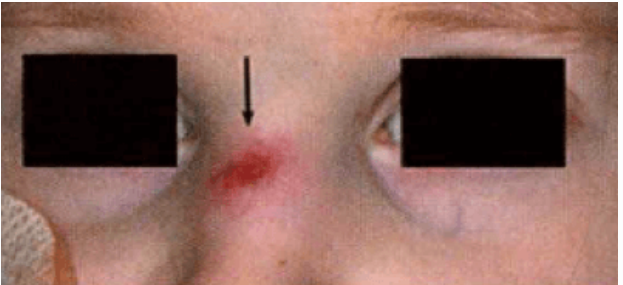


Secura da Mucosa Oral e Nasal
10%

Desconforto
30%



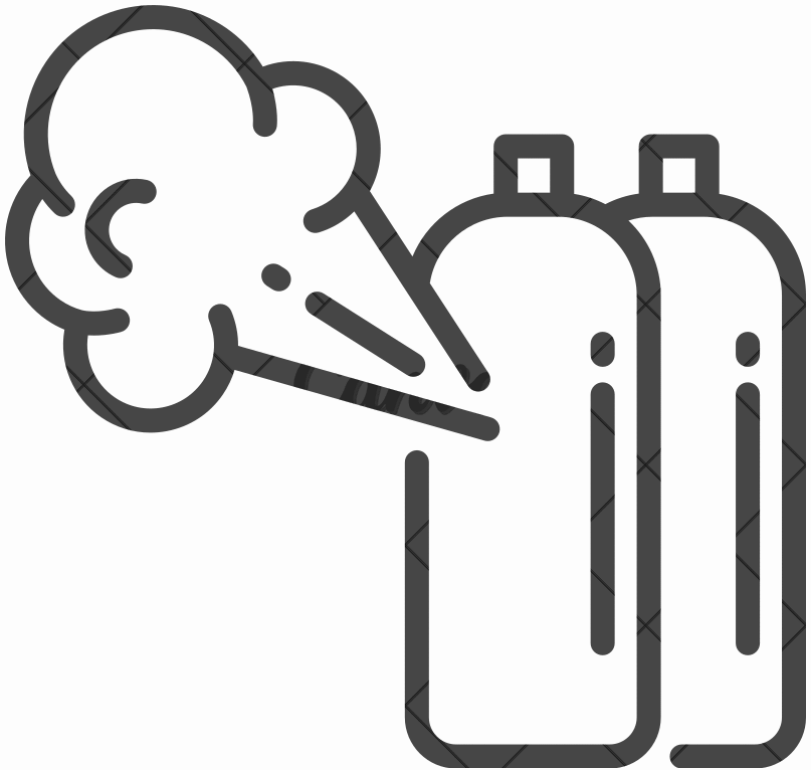
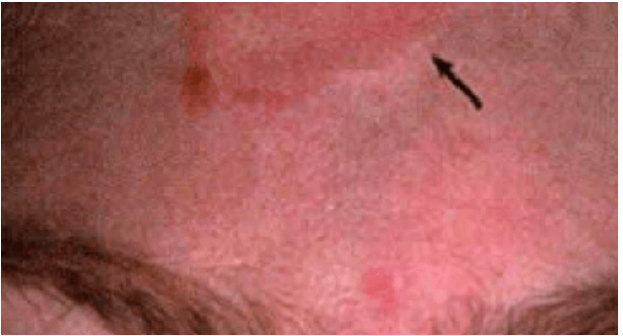
Fugas
10%



Úlcera por pressão
10%

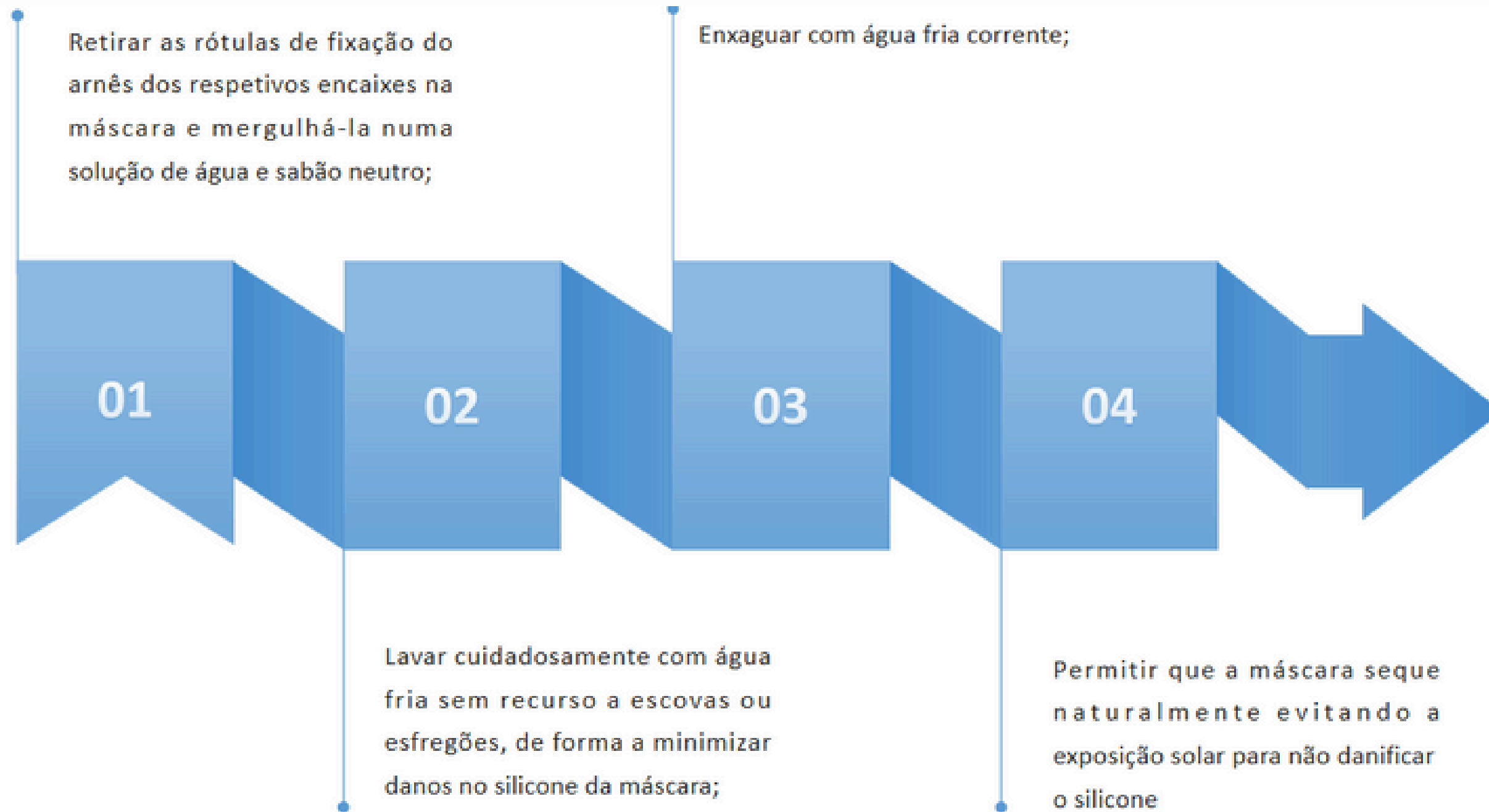
Claustrofobia
10%

Eritema Facial
20%

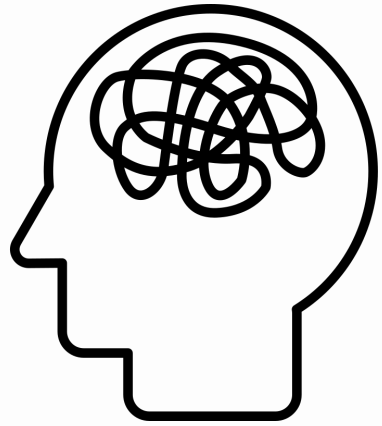




Interface, que cuidados de higienização?



A Máscara deve ser lavada DIARIAMENTE 



Explicar a necessidade da VMNI;
Gerir a Ansiedade;

Gerir a pressão do arnês;
Vigiar a Integridade da Pele;



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

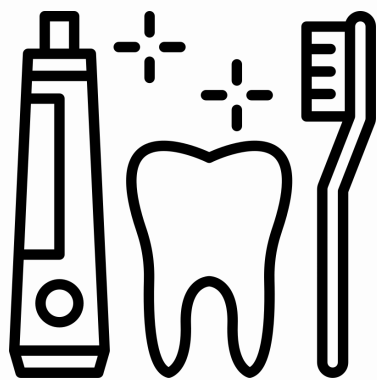
Manutenção, resolução de problemas, limpeza e desinfeção dos equipamentos (Ensino, instrução e treino).

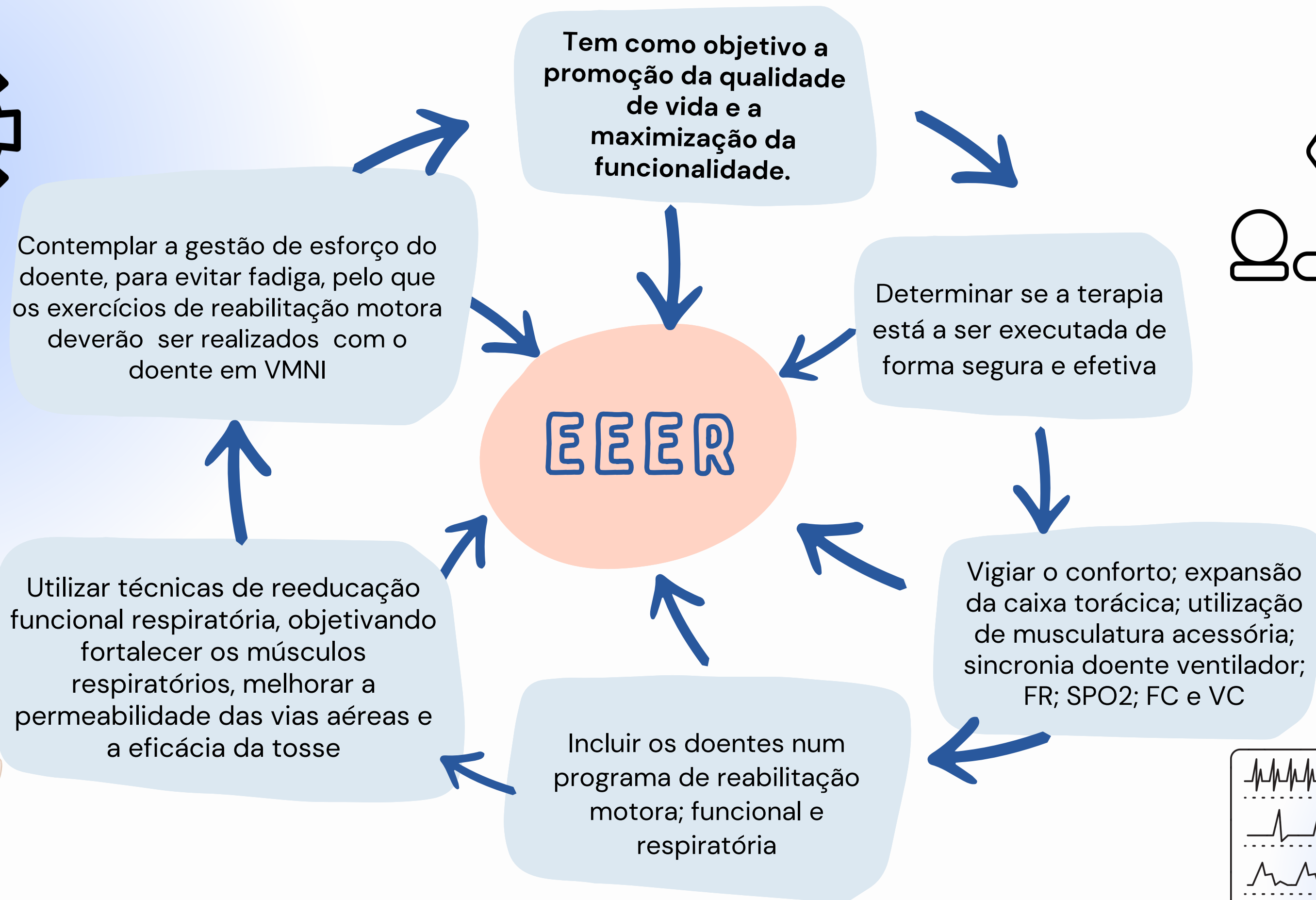
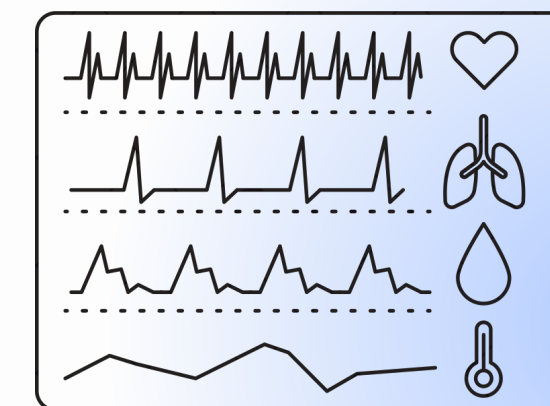
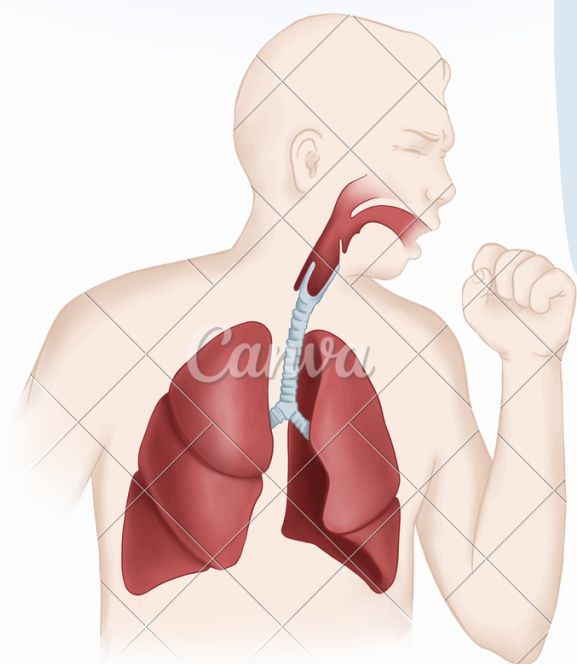
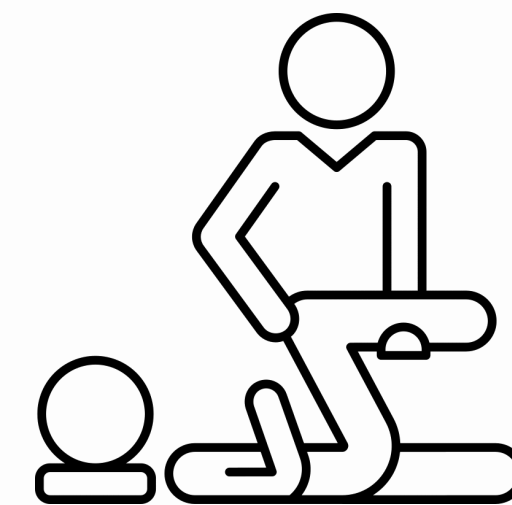
Estratégias de alívio nas zonas de maior pressão;
Gerir o Ruído;

Incentivar a higiene oral adequada;
Promover formas de comunicação alternativa;

Encorajar a referenciar sinais dor ou desconforto, desconexão do interface, náuseas, vômito, dificuldade respiratória e expectorar;

Garantir a humidificação;





Bibliografia

- Outeiro, R. M., & Soares, S. (2021). A Enfermagem de Reabilitação e o desmame ventilatório numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Rev Port Enf Reab*, 4(2), 57-63. Recuperado de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/177>.
- Diário da República n.º 85/2019 Série II. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2.ª série – N.º 85 – 3 de maio de 2019 2019 p. 13565-8.
- Moita, J; Santos, L. (2012). *Manual de Ventilação Mecânica Não Invasiva*. Linde.
- Rodrigues, P; Bartolomeu R (2021), *Enfermagem de Reabilitação à pessoa em situação crítica*. In Olga Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. (pp. 336-362). LIDEL
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática: Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*. Canada: Elsevier Mosby;



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

**Obrigado
pela atenção**



Porto, 2025

