

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa com paresia na face: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de reabilitação

The person with facial paresis: The contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing - Development of specialized clinical competencies in the field of rehabilitation nursing

Autor

Mariana Cristina Pereira Monteiro da Silva

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A pessoa com paresia na face: O contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação - Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de reabilitação

The person with facial paresis: The contribution of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing - Development of specialized clinical competencies in the field of rehabilitation nursing

Orientador(es)

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Professor Adjunto, Doutor

Maria Narcisa da Costa Gonçalves
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Mariana Cristina Pereira Monteiro da Silva

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

A Enfermagem de Reabilitação é o compromisso de transformar as adversidades que podem surgir na vida de uma pessoa, em esperança, restabelecendo não só a saúde física e autonomia, mas também a dignidade e qualidade de vida.

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos pilares da minha vida, que, com amor, paciência e dedicação, me permitiram alcançar este momento tão importante.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pelas palavras de incentivo, especialmente à minha mãe, que foi fundamental neste percurso. Agradeço-te por todo o carinho e cuidado, pelas horas que passaste a tratar das roupas, a limpar a casa e a preparar os almoços e jantares, sem nunca hesitares em ouvir os meus desabafos, mesmo nos dias mais difíceis. O teu amor e presença constante foram o meu alicerce.

Ao meu marido, que se entregou ao cuidado das nossas filhas sempre que eu precisei de estar ausente. Obrigada por seres a minha força nos momentos de maior exaustão e por te maneres firme ao meu lado.

Aos meus sogros, um obrigado especial, principalmente pela dedicação diária em levar as minhas filhas à escola, e por sempre estarem disponíveis para ajudar no que fosse necessário. O vosso apoio foi vital para que eu pudesse continuar a minha caminhada sem preocupações.

A Maria, Mãe do Céu e minha mãe e, a Jesus, a quem devo a minha força. Obrigada pela orientação constante e por me sustentarem durante a batalha mais difícil da minha vida. Sem a vossa luz e sabedoria, eu não teria conseguido seguir em frente.

Por fim e, o mais importante de tudo, um pedido de perdão às minhas queridas filhas, pelo tempo que, por vezes, não lhes pude dedicar. Espero que compreendam que o meu esforço foi sempre no intuito de garantir um futuro melhor para todas nós, e prometo que em breve, irei dedicar-me a vocês com a mesma intensidade com que me dediquei a este sonho.

AGRADECIMENTO

Quero expressar a minha profunda gratidão à Professora Olga Ribeiro, pela sua incansável disponibilidade, sempre pronta para ajudar, em qualquer hora e dia da semana. A sua dedicação e palavras de incentivo foram fundamentais para o meu progresso e crescimento ao longo deste percurso.

Agradeço igualmente a todos os professores da ESEP que integraram o mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pelo seu empenho, compromisso e disponibilidade. A cada um de vocês, sou grata pelo conhecimento partilhado e pela orientação constante que me permitiram alcançar os meus objetivos.

Às/os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação com os quais tive o privilégio de me cruzar, agradeço por compartilharem a sua sabedoria e experiência. A sua dedicação e generosidade em dividir conhecimentos fizeram toda a diferença na minha formação. Agradeço também aos que, se disponibilizaram para me apoiar em futuras dúvidas, mesmo que estas surjam após o término do mestrado, demonstrando um espírito de colaboração e partilha que é essencial para o crescimento da profissão.

Um agradecimento especial a todos aqueles que entenderam a complexidade de conciliar a vida académica com as responsabilidades profissionais e familiares, especialmente quando se tem filhos pequenos. A compreensão e flexibilidade que demonstraram, adaptando-se aos meus horários e apoiando-me nos dias em que estava mais cansada, foram um verdadeiro suporte, permitindo-me seguir em frente com confiança.

RESUMO

A realização do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, inserida no plano de estudos do Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2024/2025, que decorreu entre 16 de setembro 2024 e 10 de janeiro 2025 em diferentes contextos da prática clínica. Na unidade curricular "Estágio de natureza profissional - Módulo I", foi elaborado um projeto de desenvolvimento de competências e, o relatório, resulta da aprendizagem decorrente desse processo, onde é colocada em evidência a relevância das competências clínicas diferenciadas adquiridas ao longo do módulo II.

A temática da paresia na face tem tido uma evolução favorável no que concerne à investigação, apesar de nesta nem sempre ser evidente a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, face ao interesse pessoal, e face às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, optou-se por dar mais enfoque ao desenvolvimento de competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação no domínio da paresia na face, de forma a contribuir para o desenvolvimento de conteúdos e, possivelmente, posterior investigação nesta área.

No que concerne às competências do Enfermeiro Especialista, foram definidos como objetivos específicos: desenvolver competências comuns do EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019). Relativamente ao desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foram definidos três objetivos específicos, sendo eles: Desenvolver competências específicas para cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Desenvolver competências para capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e desenvolver competências para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº392/2019). Relativamente ao desenvolvimento das competências especializadas no âmbito da paresia na face, foram definidos os seguintes objetivos específicos: Desenvolver competências específicas para avaliar e identificar alterações e dados relevantes na pessoa com paresia na face; Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos na pessoa com paresia na face; Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e prescrever intervenções na pessoa com paresia na face; Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com paresia na face e desenvolver competências específicas para

efetuar a avaliação das intervenções implementadas.

Este relatório visa o desenvolvimento das referidas competências ao longo dos estágios, nos diferentes contextos clínicos.

Encontra-se dividido em cinco partes, nomeadamente parte introdutória, onde se apresentam os objetivos e a metodologia; caracterização dos diferentes contextos da prática clínica, nomeando os recursos humanos existentes, recursos físicos e materiais, projetos implementados e abordando sucintamente como foram desenvolvidas determinadas competências; caso clínico, conceção de cuidados desenvolvida na plataforma e4nursing e, por último, contributos para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências específicas dirigidas à problemática da parésia na face.

Palavras chave: Parésia na face; Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Intervenções na parésia na face.

ABSTRACT

The completion of this report arises within the scope of the curricular unit 'Professional Internship with Report - Module II', part of the study plan of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, in the academic year 2024/2025, which took place between September 16, 2024, and January 10, 2025, in different clinical practice contexts. In the curricular unit 'Professional Internship - Module I', a competency development project was created, and this report results from the learning derived from this process, highlighting the relevance of the differentiated clinical competencies acquired throughout Module II.

The topic of facial paresis has seen favorable development in terms of research, although the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist (RNS) is not always evident in this area. Therefore, due to personal interest and in alignment with the specific competencies of the RNS, the focus was placed on the development of specialized competencies for clinical decision-making in Rehabilitation Nursing in the domain of facial paresis, in order to contribute to the development of content and possibly future research in this area.

Regarding the competencies of the Rehabilitation Nurse, specific objectives were set: to develop common competencies in the areas of professional responsibility, ethics, and law, continuous quality improvement, care management, and the development of professional learning (Regulation No. 140/2019). With regard to the development of specific competencies of the Rehabilitation Nurse Specialist (RNS), three specific objectives were defined: to develop specific competencies to care for individuals with special needs throughout their life cycle, in all care contexts; to develop competencies to empower individuals with disabilities, activity limitations, and/or participation restrictions for reintegration and the exercise of citizenship; and to develop competencies to maximize functionality by developing the person's abilities (Regulation No. 392/2019).

For the development of specialized competencies in the context of facial paresis, the following specific objectives were defined: to develop specific competencies to assess and identify changes and relevant data in individuals with facial paresis; to develop specific competencies to identify diagnoses in individuals with facial paresis; to develop specific competencies to identify objectives and prescribe interventions for individuals with facial paresis; to develop specific competencies to implement interventions in individuals with facial paresis; and to develop specific competencies to evaluate the interventions implemented.

This report aims to demonstrate the development of the mentioned competencies throughout

the internships in different clinical contexts.

It is divided into five parts: the introductory section, where the objectives and methodology are presented; characterization of different clinical practice contexts, naming available human resources, physical and material resources, implemented projects, and briefly discussing how certain competencies were developed; clinical case, care design developed on the e4nursing platform; and finally, contributions to the development of common competencies for the Rehabilitation Nurse, specific competencies for the Rehabilitation Nurse Specialist, and competencies related to the issue of facial paresis.

Keywords: Facial paresis; Rehabilitation Nursing; Stroke; Interventions in facial paresis.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AVD's - Atividades de Vida Diárias

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

DGS - Direção geral de saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE - Enfermeiro Especialista

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ETT - Ecocardiograma Transtorácico

GUSS - Gugging Swallowing Test

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

IECA - Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina

LDL - Lipoproteína de Baixa Densidade

MRC - Medical Research Council

MMSE- Mini-Mental State Examination

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

TC CE - Tomografia Computorizada com Contraste Endovenoso

TC TAP - Tomografia Computorizada do Tórax, Abdómen e Pelve

UC - Unidade Curricular

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. CASO CLÍNICO	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	37
3.3. Medicação	38
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	38
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	39
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	39
3.5. Domínios	40
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	40
3.6. Conceção de Cuidados	53
3.7. Especificação das intervenções	119
3.8. Síntese relativa ao caso	132
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	139
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	153
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Genograma da família do Sr. C.	38
Figura 2 - Ecomapa da família do Sr. C.	39

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A realização do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, inserida no plano de estudos do Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2024/2025, que decorreu entre 16 de setembro 2024 e 10 de janeiro 2025 em diferentes contextos da prática clínica. Na unidade curricular "Estágio de natureza profissional - Módulo I", foi elaborado um projeto de desenvolvimento de competências e, o relatório, resulta da aprendizagem decorrente desse processo, onde é colocada em evidência a relevância das competências clínicas diferenciadas adquiridas ao longo do módulo II.

Os objetivos gerais para este relatório relacionam-se com o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista (EE), registadas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), que constam no Regulamento nº 392/2019 de 3 de Maio e, de competências específicas para a tomada de decisão clínica face à parésia na face.

A parésia facial tem vindo a receber crescente atenção no âmbito da investigação ,particularmente no contexto pós- Acidente Vascular Cerebral (AVC). Apesar da relevância desta condição para a funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, a atuação do EEER ainda não se encontra amplamente descrita na literatura. Desta forma e, considerando o interesse pessoal pela temática, este relatório dá especial enfoque ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da parésia na face, com o intuito de contribuir para a consolidação de conteúdos técnicos e científicos que sustentem uma prática de reabilitação centrada na pessoa e promotora da funcionalidade.

No que concerne às competências do EE, foram definidos como objetivos específicos: desenvolver competências comuns do EE no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

Relativamente ao desenvolvimento das competências específicas do EEER, foram definidos três objetivos específicos, sendo eles:

1. Desenvolver competências específicas para cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
2. Desenvolver competências para capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

3. Desenvolver competências para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Relativamente ao desenvolvimento das competências especializadas no âmbito da paresia na face, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Desenvolver competências específicas para avaliar e identificar alterações e dados relevantes na pessoa com paresia na face;
2. Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos na pessoa com paresia na face;
3. Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e prescrever intervenções na pessoa com paresia na face;
4. Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com paresia na face;
5. Desenvolver competências específicas para efetuar a avaliação das intervenções implementadas.

O enquadramento teórico que sustenta este relatório foi realizado com base numa revisão da literatura, recorrendo às bases de dados CINAHL, PubMed, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo sido utilizados como termos-chave: paralisia facial, stroke e reabilitação. A literatura consultada evidencia que a abordagem da paresia na face exige intervenções precoces e individualizadas, sendo o papel do EEER fundamental na promoção da qualidade de vida da pessoa.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco partes, nomeadamente parte introdutória, onde se apresentam os objetivos e a metodologia; caracterização dos diferentes contextos da prática clínica, nomeando os recursos humanos existentes, recursos físicos e materiais, projetos implementados e abordando sucintamente como foram desenvolvidas determinadas competências; caso clínico, conceção de cuidados desenvolvida na plataforma e4nursing e, por último, contributos para o desenvolvimento de competências comuns do EE, das competências específicas do EEER e das competências específicas dirigidas à problemática da paresia na face.

Tanto o presente relatório como o caso clínico, foram elaborados atendendo ao dever do sigilo profissional, mantendo-se o anonimato da pessoa bem como da instituição de saúde envolvida, tendo-se optado pelo uso de nomes (iniciais) fictícios. Este documento foi redigido mediante o guia de orientações para a elaboração do relatório de estágio da UC “Estágio de natureza Profissional com Relatório - Módulo II” e as normas de elaboração de trabalhos da ESEP - Guia de trabalhos 2021.

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

Os estágios de natureza profissional módulo II decorreram em diversos contextos da prática clínica, sendo eles comunidade, convalescença, neurológico, cardiorrespiratório, musculoesquelético e pediatria, respetivamente. As experiências vivenciadas em cada contexto de estágio foram diversas, sendo cada uma descrita nos próximos parágrafos, mencionando os recursos físicos, recursos humanos, enfermeiros especialistas, modelo de organização, projetos em desenvolvimento e quais as áreas em que houve oportunidade de aprofundar conhecimento e desenvolver competências.

Comunidade

O estágio da comunidade foi realizado numa ECCL (equipa de Cuidados Continuados Integrados), onde existem um enfermeiro de cuidados gerais e quatro EEER por turno, sendo que cada EEER trabalha com o método de gestor de caso, tendo atribuídos cerca de quatro doentes por turno.

O edifício possui alguns recursos de apoio ao trabalho do EEER, pois apenas foi verificado na sala de enfermagem um andarilho e duas canadianas. Os recursos existentes são maioritariamente de proteção individual e de tratamento de feridas, sendo que alguns doentes possuem recursos próprios.

O EEER desloca-se ao domicílio do doente, efetuando a devida avaliação do mesmo e mediante esta, elabora um plano de reabilitação.

Uma vez por semana, há visita médica aos doentes que apresentem alguma questão urgente (como alguma exacerbação da doença; novos sintomas; necessidade de receitas médicas) e, um dos EEER acompanha o médico às visitas.

Relativamente aos projetos implementados nesta ECCL, são diversos e de diferentes áreas: projeto de educação postural, projeto de prevenção de acidentes por quedas e um projeto direcionado aos doentes com mais de 80 anos, com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).

O projeto de educação postural, baseia-se na observação dos hábitos posturais dos estudantes em relação ao transporte da mochila, sendo dividido em três fases, a de diagnóstico da situação, a de planeamento e execução de intervenções de melhoria de hábitos posturais e a fase de avaliação, sendo composto também por um plano da sessão informativa sobre educação postural.

O projeto de prevenção de acidentes por quedas, é dirigido a um determinado grupo de

indivíduos, sendo constituído por duas fases, a de prevenção de acidentes por quedas e acidentes domésticos e a de promoção do equilíbrio.

O projeto direcionado a doentes com DPOC, tem como missão promover o alinhamento e complementaridade das diferentes partes, no âmbito intra e extra-hospitalar, de forma a criar um sistema multidisciplinar de cuidados, permitindo antecipar o retorno ao domicílio de doentes com indicação de ventilação mecânica não invasiva.

Convalescença

Neste contexto, estão presentes dois EEER, um no turno da manhã e outro no turno da tarde, de 2ª a 6ª feira e, uma vasta equipa de enfermeiros de cuidados gerais. Na ausência do Enfermeiro Gestor, o EEER exerce funções de gestão.

Este serviço possui um ginásio próprio que apenas é usado pelos EEER, com diversos recursos, nomeadamente halteres de vários pesos, caneleiras, pedaleiras, barras, macas, tábua de freeman, tapete sensorial, diversos dispositivos para treino de função motora fina, passadeira, andarilhos, canadianas e andarilho dolomite.

Relativamente aos projetos implementados neste serviço, estão relacionados com o domínio da deglutição, grupo de atividades direcionados ao doente, havendo todos os meses uma temática diferente, consoante as festividades de cada mês. Cada projeto implementado, tem um objetivo principal e objetivos específicos, sendo descrita a atividade, o material necessário e os resultados obtidos.

Neurológico

O estágio no contexto neurológico decorreu numa Unidade de AVC, composta por nove camas com monitorização contínua, cujo internamento são maioritariamente de pessoas após acidentes vasculares cerebrais, recebendo também doentes de outros hospitais após realização de trombectomia ou trombólise e, ainda, doentes após endarteriectomia.

Esta unidade tem um rácio de três enfermeiros de cuidados gerais por turno e um EEER no turno da manhã e de tarde, todos os dias da semana. O EEER assiste à passagem de turno dos enfermeiros de cuidados gerais, de todos os doentes e, posteriormente, reúne-se com os médicos para discussão sobre condição clínica e definição das opções terapêuticas.

Este serviço possui alguns recursos para usar na reabilitação com os doentes, nomeadamente para a função motora fina (molas, parafusos, laços), pedaleira, pesos, quadros para estimulação cognitiva, auxiliares de marcha, espelho quadriculado, andarilho, canadianas e panfletos sobre a paresia da face e deglutição, com exercícios que o doente pode executar sozinho.

Neste serviço, apesar de não haverem projetos implementados, os EEER efetuam formação interna no serviço, disponibilizada pelo hospital, sobre diferentes temáticas.

Cardiorespiratório

Este contexto é constituído por cuidados intensivos, cuidados intermédios, internamento, bloco e consulta externa. Os cuidados intensivos são constituídos por nove camas e um quarto isolado utilizado maioritariamente para utentes transplantados. Os cuidados intermédios são constituídos por nove camas e uma de isolamento e, o internamento possui trinta e duas camas, divididas em dez enfermarias de três camas e dois quartos privados e, o bloco é constituído por três salas.

Neste contexto exerce funções um EEER de manhã e um EEER de tarde, de 2^a a 6^a feira, sendo que o EEER tem apenas alguns doentes atribuídos e os restantes ficam ao cuidado da equipa de fisioterapia. O EEER assiste à passagem de turno dos médicos, de todos os doentes do serviço de cuidados intensivos e intermédios.

A divisão dos doentes entre os EEER e os fisioterapeutas, era alterada todos os meses. Em alguns meses, o EEER tinha atribuído os doentes do internamento intensivo e intermédio e o fisioterapeuta ficava com os doentes do internamento cirúrgico e noutra mês alternava.

Em relação aos recursos existentes, encontrou-se andarilho, pedaleira, estimulador elétrico, halteres, espirómetro e *cought assist*.

As patologias mais habituais nos doentes internados neste contexto, são a patologia cardíaca e respiratória, sendo maioritariamente doentes de pós-operatório cardíaco.

Não existiam projetos implementados, apenas formações em serviço, disponibilizada pelo hospital sobre diferentes temáticas.

Musculoesquelético

O estágio da componente musculoesquelética decorreu num serviço de internamento de ortopedia, dividido em duas alas, ambas com uma sala de enfermagem, sendo constituído no total por trinta e uma camas. Este serviço disponibiliza de dois EEER no turno da manhã, sendo que cada um fica com uma ala atribuída, todos os dias da semana. Cada EEER recebe a passagem de turno da respetiva ala e selecionam os doentes de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem de Reabilitação.

Este serviço possui diversos recursos, nomeadamente colete de *jewett*, colete de Robert Jones, espirómetros, suspensões braquiais, transferes, tala anti-pé equino, sapatos de barouck, colares cervicais, alteadores de sanita, talas de *depuy*, triângulos abdutores, andarilhos, canadianas e dolomite. Sempre que o doente necessite, é-lhes cedido os recursos necessários, à exceção de andarilho e canadianas que, apesar do serviço poder emprestar durante o tempo de internamento, o doente tem de adquirir posteriormente. Caso seja necessário algum material que exija medidas do doente, fazem-no no serviço.

Neste serviço, uma vez por semana realizam-se consultas pré-operatórias a doentes que serão submetidos a cirurgia da anca ou joelho, estando presentes o doente, enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, assistente social, ortopedista responsável e anestesista. Estas consultas fazem parte do projeto de recuperação rápida desenvolvida pelo serviço, em que fornecem aos doentes, panfletos informativos sobre a prótese da anca e prótese do joelho, sendo efetuados ensinamentos sobre exercícios que devem realizar no período pré e pós operatório, cuidados a ter com as respetivas próteses de forma a prevenir complicações e sobre possíveis complicações da cirurgia.

Neste contexto, a patologia mais encontrada nos doentes foi artrose da anca com consequente prótese total da anca e prótese total do joelho, havendo também outro tipo de patologias nomeadamente fraturas.

Pediatria

Este contexto realizou-se num internamento de pediatria médica, contemplando idades entre os 0 e os 18 anos.

Neste serviço estão presentes dois EEER no turno da manhã, sendo que cada EEER recebe a passagem de turno das diferentes alas e selecionam as crianças cujas necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação exigem intervenção prioritária. Neste contexto os EEER trabalham em articulação com os fisioterapeutas e gerindo as atividades que cada um irá concretizar, passando-se o mesmo com os terapeutas da fala. O EEER articula também com os enfermeiros de cuidados gerais, para assim poder executar o seu plano antes ou depois destes já terem prestado os cuidados.

Este serviço possui plano inclinado, cadeiras verticalizadoras, dois elevadores, bolas e material para trabalhar a função motora fina.

Neste contexto, O EEER encontrava-se a elaborar um projeto denominado "Enfermeiro de referência", o qual ainda não tinha sido implementado.

3. CASO CLÍNICO

Homem de 58 anos, internado na Unidade de AVC, por AVC isquémico da artéria cerebral anterior à esquerda, submetido a trombólise. Com antecedentes pessoais de dislipidemia e ex-fumador. Sem alergias medicamentosas conhecidas. Não toma medicação habitualmente. Trabalha no aeroporto, por turnos e a sua esposa é professora. Casado, tem dois filhos e, vive com a esposa e com o filho mais novo. No dia anterior ao evento agudo, referiu ter sentido uma cefaleia intensa e, no dia seguinte pelas 2:30h dirigiu-se ao wc, tendo sentido diminuição da força no membro inferior direito e, com conseqüente episódio de queda.

3.1. Enquadramento teórico

Face ao caso apresentado, tendo em conta a patologia da pessoa, torna-se importante abordar os diferentes tipos de AVC, os possíveis défices a este associados e tratamento.

O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade permanente em Portugal (Direção-Geral de Saúde, 2021). As principais causas do AVC são a pressão arterial elevada, o tabagismo, o sedentarismo, a Diabetes Mellitus, as arritmias cardíacas, o colesterol elevado, a obesidade, o abuso de bebidas alcoólicas e o uso de contraceptivos orais nas mulheres que fumam (Lopes, 2008).

Tendo em conta a etiologia, o AVC pode ser classificado como isquémico ou hemorrágico. O AVC de etiologia isquémica representa oitenta e cinco por cento dos AVC, enquanto o AVC de etiologia hemorrágica é o menos frequente, mas habitualmente mais grave, com taxa de mortalidade até cinquenta por cento nos primeiros trinta dias após a lesão, ocorrendo sobretudo numa população mais jovem (Menoita et al., 2012). No AVC isquémico os territórios acometidos podem ser o território arterial anterior, território arterial comum e território arterial posterior. No território arterial anterior, os sintomas são alteração da linguagem (afasia), perda visual monocular, não reconhecer o défice (anosognosia) e não reconhecer parte do corpo (assomatognosia). No território arterial comum, os sintomas são diminuição da força muscular unilateral (hemiparesia), diminuição da sensibilidade unilateral (hemipostesia), disartria, hemianopsia homónima e disfagia. No território arterial posterior os sintomas são ataxia cerebelosa, diplopia, vertigem, perda visual bilateral, diminuição da força muscular bilateral (tetraparésia) e diminuição da sensibilidade bilateral (Pinto, 2022).

No AVC hemorrágico, a hemorragia pode ser subaracnoídea e intracerebral, sendo que na subaracnoídea os sintomas são cefaleia, náuseas e vômitos, alterações da vigília, sinais de irritação meníngea e na intracerebral os sintomas dependem da área afetada. Quando o AVC ocorre na região hemisférica profunda, os sintomas mais frequentes são hemiparesia contralateral, afasia global (hemisfério esquerdo), *neglet* (hemisfério direito), desvio conjugado ipsilateral à lesão, náuseas e vômitos e alterações da vigília; na zona hemisférica lobar, apresentam sintomas de hemianopsia, *neglet*, défices visuo-espaciais, cefaleias; na zona do cerebelo com náuseas e vômitos, cefaleias, desequilíbrio e vertigem; na zona da protuberância apresentam tetaparesia, pupilas mióticas, coma (Pinto, 2022). A artéria cerebral anterior divide-se no segmento pré-comunicante e pós-comunicante, sendo que a oclusão proximal (pré-comunicante) da artéria cerebral anterior costuma ser bem tolerada em função do fluxo contralateral cortical (Smith et al., 2018).

No que concerne à atuação pré-hospitalar em pessoas com suspeita de AVC, existe a via verde AVC efetuando-se a identificação precoce de sinais de alarme de AVC, devendo a pessoa, ou quem a assiste, contactar o número de emergência (112) onde farão a ativação da via ver AVC pré hospitalar, encaminhando o transporte da pessoa para uma unidade hospitalar mais próxima e capacitada com disponibilidade para receber a pessoa. Já na vertente hospitalar, o atendimento deste tipo de pessoas doentes é imediato, procedendo-se à avaliação ABC, via aérea, ventilação e circulação e, à avaliação do status neurológico através da escala de NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) (DGS, 2017).

A NIHSS é uma escala de uso padrão universalmente aceite, fiável, simples e de rápida aplicabilidade (menos de dez minutos) por profissionais de saúde, uniformizando a linguagem entre eles. Esta permite a identificação de possíveis candidatos a intervenção fibrinolítica ou mecânica e de pessoas com maior risco de complicações (Powers et al., 2019). Avalia o nível de consciência, orientação, ordens verbais, movimentos oculares horizontais, campos visuais, paralisia facial, força dos membros superiores e inferiores, ataxia dos membros, sensibilidade, linguagem, disartria, extinção e desatenção, em que a pontuação varia entre 0 e 42, sendo que quanto maior a pontuação, maior a severidade do AVC: 0 corresponde a um AVC sem sintomas, 1-4 AVC minor, 5-15 AVC moderado, 16-20 AVC grave e pontuação superior a 20 corresponde a um AVC severo (Castro et al., 2008).

No AVC pontuado de moderado a severo na escala de NIHSS, devem ser determinados os critérios para realização de trombólise/trombectomia, devendo ser também usadas imagens cerebrais avançadas, tais como ressonância magnética ou Tomografia axial computadorizada (Berge et al., 2021).

Existem vários critérios que têm de ser cumpridos para a realização de trombólise, nomeadamente: idade igual ou inferior a 80 anos, tensão arterial inferior a 185/110mmHg, uso de antagonistas de vitamina K, uso de antiagregantes plaquetares, contagem plaquetar

desconhecida (desde que não seja expectável trombocitopenia) e lesões pequenas da substância branca. Para a realização de trombólise deve-se ter em conta também as seguintes recomendações: presença de comorbilidades, fragilidade ou incapacidade prévia ao evento, microrragias desconhecidas, lesões da substância branca grandes, aneurisma cerebral sem rotura, crises convulsivas, dissecções arteriais cervicais isoladas e enfarte agudo do miocárdio nos últimos três meses (Berge et al.,2021).

Uma alternativa à trombólise, é a revascularização mecânica, estando esta indicada em casos de oclusão de grandes vasos e com início de sintomatologia com menos de seis horas.

A avaliação dos défices na pessoa com AVC é de extrema importância para a definição das intervenções no processo de reabilitação que devem resultar de um cuidado profissional organizado de forma a melhorar a recuperação da pessoa e aumentar a sua independência nas atividades de vida diária. Estes cuidados têm um grande impacto na vida da pessoa, havendo redução do risco de imobilidade, depressão, perda de autonomia e redução da independência funcional (Winstein et al., 2016). A reabilitação após AVC requer que as unidades possuam cuidados especializados, necessitando assim de esforços da equipa multidisciplinar, coordenação e comunicação entre os seus membros. A reabilitação é uma prioridade para a recuperação da pessoa, pelo que deve iniciar-se assim que esta esteja estável hemodinamicamente e a consiga tolerar (Winstein et al., 2016).

A avaliação sustentada e diferenciada por parte do EEER à pessoa que sofreu um AVC permite determinar o sentido do processo de enfermagem (Branco & Santos, 2010).

Ainda relativamente às consequências do AVC e, sendo uma das mais frequentes a paresia na face, os parágrafos seguintes serão de enfoque nesta.

Parésia na face: contributos para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A parésia na face acomete alterações na mímica e expressão facial, que são de difícil tratamento causando graves juízos emocionais (Batista, 2011). Uma das principais sequelas do AVC, que acomete cerca de metade dos indivíduos, é a parésia facial central, que se caracteriza por alterações da mobilidade e simetria facial dos músculos, predominantemente no terço inferior da face contralateral à lesão (Pinto, 2022). Para além das alterações na estética facial, a parésia da face pode acometer a mastigação, deglutição, paladar, salivação e a fala, podendo acarretar consequências negativas para a autopercepção, comunicação emocional e relacionamentos (Amaral et al., 2021).

A parésia na face tem relação com sintomas do foro neurológico, nomeadamente, disartria, disfagia, apraxia, alterações motoras e da linguagem. Ainda relacionado com a parésia na face, a deglutição, pode ficar comprometida na fase orofaríngea, devido a alteração da irrigação dos

músculos faciais (Pinto, 2022). Estes alteram a superfície facial de várias maneiras, sendo que são bastante diferenciados, pois têm funções tais como abrir e fechar os olhos e são complexos podendo exprimir sensações e refletir o estado de espírito e humor (Pimenta, 2018).

Desta forma, alterações do nervo facial, podem resultar em alterações na formação do bolo alimentar (fase preparatória e oral), escape labial, resíduos orais, diminuição da percepção do sabor e boca seca, estando estes sintomas relacionados com alterações do nervo nos dois terços anteriores da língua pela sua função de controlo da musculatura da expressão facial (músculos orbicular e bocinador) e inervação de músculos fundamentais para a retração do osso hióide e consequente encerramento glossopalatino (Pinto, 2022).

A paresia na face consequente de um AVC, pode causar défices funcionais tais como assimetria da face, fraqueza da metade inferior da face, força mastigatória reduzida, sorriso assimétrico e disartria, estéticos e um efeito negativo na qualidade de vida e bem-estar da pessoa (Vaughan et.al, 2022).

A parésia facial central, ocorre maioritariamente após AVC, manifestando-se por assimetria facial com incapacidade muscular para a realização de mimica na metade inferior do rosto, sorriso assimétrico, perda de saliva pelo canto da boca, alterações da fala (por atonia dos lábios), língua e garganta (Pimenta, 2018).

Na parésia facial ocorre interrupção da informação motora para a musculatura facial, afetando o nervo facial. As paralisias faciais podem ser classificadas em paralisia facial central ou supranucleares e, paresia facial periférica ou nucleares e infranucleares (Araújo et al., 2021). Na paresia facial central a perda motora é acompanhada de alterações na mímica facial, manifestando-se no quadrante inferior facial contralateral à lesão cerebral. O território superior da face é poupado, estando a função do músculo frontal conservada (Araújo et al., 2021).

A paralisia facial periférica, pode ser também conhecida como paralisia de Bell e é geralmente causada pela afeção aguda do nervo facial, originando perda do movimento voluntário de todos os músculos faciais do lado afetado (Carrasco & Vélez, 2018). Neste tipo de parésia, as alterações são no enrugamento da testa, presença de oftalmo, incapacidade de movimentar a sobrancelha, falta de adejo nasal, assimetria da comissura labial, alterações do paladar, da audição e da produção salivar (Pimenta, 2018).

Os músculos da face, encontram-se no tecido subcutâneo da face e pescoço, permitindo a comunicação não verbal (controlo das expressões faciais) (Pimenta, 2018). Ao redor dos olhos e sobrancelhas ficam os músculos occipitofrontal que eleva a pele das regiões supraciliares e permite enrugar a testa; orbicular das pálpebras que encerra a fenda palpebral e forma rugas no canto externo das pálpebras; levantador da pálpebra superior que ergue a pálpebra superior e supraciliar que puxa as sobrancelhas inferior e internamente, criando rugas verticais na pele entre os olhos (Pimenta, 2018).

Relativamente ao movimento dos lábios e da pele em redor da boca, encontram-se os músculos orbicular dos lábios e bucinador que protraem os lábios, fecham a boca, comprimem os lábios contra os dentes e que permite comprimir e deprimir as bochechas, assobiar e soprar. Ainda sobre o movimento dos lábios o músculo levantador do lábio superior em conjunto com o músculo da asa do nariz, elevam o lábio superior e a asa do nariz, aprofundando o sulco nasolabial. O sorriso é realizado pelo grande e pequeno zigomático que elevam e abduzem o lábio superior, canino que eleva o ângulo da boca e risorius que abduz e retrai lateralmente o ângulo da boca. A expressão carrancuda é realizada pelo triangular dos lábios que permite deprimir o ângulo da boca, quadrado do mento que deprime o lábio inferior e músculo da orla do mento que enruga a pele do queixo. O músculo subcutâneo do pescoço platisma, deprime o lábio inferior, enruga a pele do pescoço e da parte superior do torax (Pimenta, 2018).

O diagnóstico de uma paresia facial, incide em três aspetos: diagnóstico clínico; diagnóstico topográfico, estudo da funcionalidade das diversas estruturas inervadas pelo nervo facial; teste da lacrimação; sialometria; reflexo estapedial; gustometria e electrodiagnóstico, eletroneuronografia electromiografia e reflexo palpebral (Carrasco & Vélez, 2018).

A escala de House Brackmann, permite a diferenciação da paralisia facial em seis graus: grau 1 - normal; grau 2 - disfunção leve; grau 3 - disfunção moderada; grau 4 - disfunção moderadamente severa e grau 6 - paralisia total. Aquando da avaliação devem ser considerados os músculos supraciliar, frontal, orbicular das pálpebras, risorius, quadrado do mento, bucinador e orbicular dos lábios (Araújo et al., 2021).

Para além desta escala (mais conhecida e mais usada), segundo Pereira et al. (2011), existem várias estratégias para avaliar a paresia da face, sendo elas:

- Índice de medição linear: analisa a simetria e a função global do rosto de forma objetiva e quantitativa, utilizando uma escala de 100 pontos, em que as pontuações mais altas indicam menor comprometimento;
- Índice de incapacidade facial: questionário constituído por dez itens que avaliam a mastigação, deglutição, comunicação, mobilidade labial, alterações emocionais e integração social, podendo totalizar 100 pontos e as pontuações mais altas indicam menor comprometimento;
- Comprimento do lábio: medem a razão entre as distâncias intercomissurais, avaliando os músculos periorais e, podem ser medidos puxando os cantos da boca afastando-os o máximo possível e empurrando os cantos da boca juntando-os;
- Escala de cinco pontos: escala subjetiva de cinco pontos, que avalia sincinesia e rigidez, sendo a pontuação mais alta associado a "muito rígido";
- Sistema de classificação facial Sunnybrook: mede três componentes da face - Assimetria de repouso - pontuada de 0 a 4, sendo 4 o mais assimétrico; simetria do movimento voluntário,

pontuado de 0 a 5 sendo 5 o mais simétrico e, sincinesia, pontuada de 0 a 3, sendo 3 o pior. Uma pontuação de 100 pontos significa simetria facial normal.

O tratamento da paresia facial baseia-se no tipo de paresia, na etiologia e tipo de lesão, o local onde ocorreu a lesão, intensidade da lesão e da paresia, tempo que decorreu desde o início da paresia e o exame físico. O tratamento de proteção consiste em evitar que a córnea do olho seque, sendo utilizadas gotas lubrificantes e acessórios para tapar o olho durante a noite (Carrasco & Vélez, 2018).

A recuperação da paresia na face após AVC, pode ocorrer espontaneamente até seis meses após o evento agudo (dois terços das pessoas) e, em um terço dos casos, persiste após os seis meses. Nos casos das pessoas em que não ocorre a recuperação espontânea, a reabilitação pode maximizar a recuperação funcional, melhorando a qualidade de vida e o bem estar psicológico (Vaughan et.al, 2022).

O treino facial para tratamento da paresia na face, iniciou-se em 1980 e continua a ser aplicado até então, em pessoas com este déficit (Debord et al., 2023).

Fatores que condicionam o treino facial:

- Estado psicossocial da pessoa: sendo a saúde mental um dos fatores mais importantes para a saúde física, pessoas que estejam psicologicamente perturbadas, podem ter dificuldade em definir uma meta na sua reabilitação, assim como se não tiverem apoio social no domicílio para manter a sua terapia, não conseguirão atingir os objetivos definidos (Debord et al., 2023).
- Idade da pessoa: pessoas mais jovens podem entender melhor os exercícios de treino facial e executá-los de forma mais adequada. Pessoas mais velhas podem encontrar-se menos motivadas, pela falta de preocupação com a sua aparência estética (Debord et al., 2023).
- Início do tratamento: o tratamento desde o início do déficit, é um fator de sucesso no treino facial (Debord et al., 2023).

Efeito psicológico do treino facial:

As pessoas iniciam o programa de reabilitação com diferentes graus de vulnerabilidade e, frequentemente, recorrem aos profissionais de saúde não só para orientação na recuperação física, como também na psicológica, devendo estes estar cientes do importante papel que desempenham na otimização e desempenho dessas funções (Debord et al., 2023).

A duração de um plano de treino facial pode variar entre um a três anos, em que 90% do tratamento é realizado no domicílio, inserido num programa de reabilitação no domicílio. À medida que a pessoa fica mais autónoma na realização dos exercícios que lhe foram ensinados, menos vezes será necessário deslocar-se ao hospital (Debord et al., 2023).

É crucial que as pessoas estejam informadas de que para alcançarem os objetivos traçados a

longo prazo, poderá demorar vários anos, sendo necessária persistência e paciência. A adesão da pessoa ao programa de reabilitação que lhe é proposto, torna-se fundamental para a eficácia do mesmo (Debord et al., 2023).

A reabilitação efetuada nos casos de paresia na face, pode ter uma abordagem ativa em que as pessoas movimentam ativamente os seus próprios músculos ou estruturas para realizar exercícios ou movimentos musculares volitivos, uma abordagem passiva em que o movimento é facilitado por força externa, pessoa ou dispositivo, por exemplo, massagem/alongamento, acupuntura, eletroestimulação, estimulação ou uma combinação dos dois (Vaughan et.al, 2022).

Segundo Pereira et al. (2011), os exercícios de mímica facial realizados com biofeedback de espelho, têm como objetivo estimular os movimentos funcionais do rosto e a expressão facial, promover a simetria, controlar e reduzir a sincinesia para reintegrar as emoções e expressões, manter a musculatura ativa e percepção do movimento (Pereira et al., 2011).

A fim de promover a contração muscular do lado da face afetado, deve-se executar massagem dos músculos da face pois o efeito circulatório da massagem estimula o trofismo muscular e os receptores proprioceptivos de forma a manter o esquema corporal da face. A massagem pode ser realizada em ambos os lados da face, embora se deva incidir mais do lado afetado, a fim de oferecer estímulos sensoriais simétricos, podendo ser utilizado um pequeno cubo de gelo (Araújo et al., 2021).

Entre os diversos exercícios que podem ser ensinados, instruídos e treinados destacam-se:

- 1) Unir as sobrancelhas: este exercício tem como principal objetivo reforçar o músculo supraciliar;
- 2) Enrugar a testa: este exercício pretende reforçar o músculo supraciliar (pede-se à pessoa que tente juntar as sobrancelhas na parte superior do nariz, enrugando a testa);
- 3) Elevar as sobrancelhas: este exercício tem como principal objetivo reforçar o músculo frontal;
- 4) Fechar os olhos abruptamente: o objetivo principal deste exercício é reforçar os músculos supraciliar e orbicular das pálpebras (pede-se à pessoa que tente fechar os olhos com muita força);
- 5) Sorrir: este exercício reforça o músculo risorius (pede-se à pessoa que tente sorrir sem mostrar os dentes);
- 6) Mostrar os dentes: este exercício reforça os músculos risorius e o quadrado do mento (pede-se à pessoa que sorria forçadamente, mostrando os dentes);
- 7) Assobiar: este exercício reforça os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento (pede-se à pessoa que sopra um apito);

8) Encher a boca de ar: este exercício reforça os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento (pede-se à pessoa que dirija o ar para as bochechas);

9) Depressão do lábio inferior: este exercício reforça os músculos orbicular dos lábios e quadrado do mento (pede-se à pessoa que tente puxar o lábio inferior para baixo)

(Araújo et al., 2021).

Os exercícios devem ser realizados preferencialmente com a pessoa sentada em frente a um espelho, mais do que uma vez ao dia, não devendo a sessão ser muito prolongada e, o EEER deve assistir a pessoa na concretização dos exercícios, podendo fazer uma ligeira resistência (Araújo et al., 2021).

Segundo o estudo realizado por Vaughan et al. (2022), os resultados após reabilitação da paresia facial com abordagem ativa, relataram melhorias no movimento facial nomeadamente melhorias na força do músculo orbicular da boca e na função de encerramento labial durante a deglutição.

Na abordagem passiva relataram melhoria da força muscular em comparação com a força inicial e melhoria na qualidade de vida. Na terapia combinada de abordagem ativa e passiva, Vaughan et al. (2022) relataram melhoria na espasticidade dos músculos faciais, na motilidade orofacial, no desempenho motor-oral, bem como na melhoria da qualidade de vida.

A reabilitação da paresia na face deve ser realizada de uma forma controlada, precisa e repetida a quantidade de vezes suficientes para induzir mudança sináptica de longo prazo, devendo ser realizados com o auxílio de um método de biofeedback, tal como o espelho, obtendo informações proprioceptivas precisas sobre a posição dos músculos faciais durante movimentos lentos e controlados (Vaughan et.al, 2022).

Para além dos exercícios mencionados anteriormente, a toxina botulínica pode ser usada para casos de existência de sincinesia e espasmos hemifaciais e, a acupuntura e estimulação elétrica transcutânea. Para além destas técnicas, pode ainda ser usado: tratamento térmico, calor local durante dez minutos para melhorar a circulação; acupuntura, em que a aplicação muscular de punções permite estimular e acelerar a regeneração nervosa, sendo mais eficaz vinte e quatro a quarenta e oito horas após apresentar os primeiros sintomas; eletroterapia; facilitação neuromuscular proprioceptiva; estimulação sensorial e reeducação muscular em frente ao espelho (Carrasco & Vélez, 2018).

Reeducação facial combinada com aplicação de toxina botulínica:

A toxina botulínica impede temporariamente que as placas terminais motoras, transmitam potenciais de ação, uma vez que bloqueiam a libertação pré-sináptica. Desta forma, as injeções com este composto promovem a restauração da simetria facial em repouso (Debord et al., 2023).

Os pontos onde se injetam a toxina botulínica, são não só no lado afetado, como também no lado contralateral à lesão. No lado afetado, aplicam-se a toxina nos músculos orbicularis oculi, depressor anguli oris, mentalis, buccinator, risorius e platisma e no lado contralateral, na testa, o complexo glabellar, o depressor labii, de forma a compensar a diminuição do movimento do lado afetado (Debord et al., 2023).

O efeito da toxina botulínica surge três a cinco dias após a aplicação, tendo o seu efeito completo uma a duas semanas após, dependendo sempre do tipo e tamanho dos músculos, bem como do grau de hipertonicidade. Após três meses de aplicação, pode surgir um retorno parcial da função muscular anterior, podendo ser necessária nova aplicação (Debord et al., 2023).

Segundo o estudo de Debord et al. (2023), os exercícios de reabilitação da face, combinados com injeções de toxina botulínica, demonstraram serem eficazes e, as pessoas dizem-se muito satisfeitas com esta associação.

De acordo com Debord et al. (2023), existem ainda outros tratamentos:

- Eletroestimulação: o impulso elétrico aplicado no músculo ativa o tecido, promovendo a força muscular;
- Agulhamento seco: penetração da pele com agulha fina, estimulando os músculos, o tecido conjuntivo e os pontos gatilho miofasciais. Este tratamento em combinação com a estimulação elétrica, resulta em diminuição dos fatores inflamatórios, melhoria do fluxo sanguíneo e, auxilia na remielinização, sendo recomendado uma estimulação eléctrica bifásica com baixa frequência;
- Eletroacupuntura: combina acupuntura manual e eletroestimulação, demonstrando diminuir a inflamação uma vez que estimula o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, melhorando também o fluxo sanguíneo.

Segundo Debord et al. (2023), nas pessoas com paresia na face, o uso de agulhamento ou eletroacupuntura antes dos exercícios faciais na fase aguda, pode ser eficaz. O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível, em sessões de quinze a vinte minutos, todos os dias ou em dias alternados, no lado afetado. A estimulação através da agulha deve ser suave na primeira semana, progredindo conforme tolerância da pessoa.

De acordo com Debord et al. (2023), existe uma aplicação mHealth, utilizada como ferramenta de auxílio na saúde, podendo aprimorar os cuidados prestados. Esta aplicação permite a criação de um plano de reabilitação personalizado de forma a melhorar o acesso a diferentes terapias, em que a pessoa tem acesso a vídeos com exercícios e devidas instruções. Para além de permitir à pessoa a continuidade do plano de reabilitação no domicílio, o mHealth permite também aos profissionais de reabilitação, a monitorização dos efeitos dos programas de

exercícios, uma vez que permite a monitorização de resultados.

Apesar da evidência científica de que esta tecnologia é bem aceite pelas pessoas, com taxas de adesão elevadas, esta realidade é ainda pouco frequente na enfermagem de reabilitação em Portugal.

Remetendo agora ao estudo de caso do Sr. C., no âmbito da transição saúde-doença devem ser considerados os fatores facilitadores e inibidores deste processo, os quais são analisados de seguida.

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

Tendo em conta o caso apresentado, o processo adaptativo face à transição saúde-doença, englobado no processo de tomada de decisão do EEER, poderá potenciar favoravelmente a vivência deste mesmo processo de transição.

O autocuidado é um conceito central para a Enfermagem tanto como conceito teórico da prática clínica, como resultados dos cuidados de Enfermagem (Petronilho, 20212). O autocuidado apresenta-se como uma base teórica para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento de atividades que melhorem os conhecimentos da pessoa para o processo de tomada de decisão (Meleis, 2010).

No que concerne ao autocuidado, existem diferentes teorias e sistemas de prestação de cuidados. A teoria do défice do autocuidado engloba três teorias: teoria do autocuidado que descreve como e o porquê das pessoas cuidarem de si, teoria do défice do autocuidado, quando as necessidades da pessoa são superiores à sua capacidade de se autocuidar e, teoria dos sistemas de enfermagem que explica como os enfermeiros e as pessoas, dão resposta às necessidades de autocuidado (Orem, 2001).

O referencial teórico de Orem engloba três teorias de prática de sistemas de prestação de cuidados, sendo elas, totalmente compensatório em que o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado, parcialmente compensatório em que a pessoa necessita do enfermeiro para o auxiliar naquilo que não consegue executar e, apoio-educativo em que a pessoa consegue realizar sozinha o autocuidado, apenas necessita de supervisão.

Relativamente à forma como a pessoa lida com situações de mudança ou condição de vida, revela-se importante abordar a teoria de Enfermagem na qual o estudo de caso se enquadra.

Assim, atendendo ao referencial teórico da Meleis (2010), quanto à consciencialização, o Sr. C. identifica o AVC como um evento crítico de passagem de uma condição de saúde para outra, com mudanças efetivas na realização das suas atividades de vida e de autocuidado, uma vez que existe um estado de dependência física, reconhecendo as suas limitações físicas. Valoriza o seu potencial de recuperação e de funcionalidade, reconhecendo a importância do processo de reabilitação.

O Sr. C., demonstra interesse, receptividade e dedicação nas informações que lhe são transmitidas, estabelecendo, em conjunto com a equipa de saúde, objetivos com vista à recuperação, demonstrando empenho na execução dos exercícios que visam a sua recuperação funcional. Para além disto, mantém uma atitude positiva face ao seu processo de recuperação, demonstrando-se com motivação e esperança, evidenciando assim condições facilitadoras no processo de transição. O Sr. C. considera ter capacidade emocional e racional de recuperação, encarando o AVC e as suas consequências como um desafio, descrevendo-se como uma pessoa determinada e persistente.

A nível familiar, verifica-se uma vivência de uma transição de carácter situacional sendo a sua etiologia no evento crítico agudo que o Sr. C. sofreu, requerendo esta circunstância a redefinição de papéis dos elementos familiares envolvidos.

A intervenção do EEER no processo de transição do Sr. C. permite que se potenciem as condições facilitadoras, identificando também as condições dificultadoras, definindo estratégias de resposta com vista à transição saudável, tendo como objetivo progredir para mestria, exigindo mudanças na vida da pessoa e uma ação diferenciada do EEER, promovendo a reeducação, reabilitação e capacitação funcionais.

Em suma, o foco do EEER na implementação de um plano de intervenção ao Sr. C., deve centrar-se nas alterações dos processos corporais e nos resultados obtidos, com objetivo de maximizar a sua funcionalidade e o seu potencial de reconstrução (participação no contexto familiar e social), prevenindo consequências psicológicas. O EEER deve ter também como foco a família, de modo a que a transição se dê de forma saudável, facilitando e integrando novos conhecimentos e habilidades na nova condição do Sr. C.

Avaliação familiar

O genograma e o ecomapa são instrumentos de avaliação úteis para a sistematização de informação recolhida sobre a família, o contexto em que se insere e sobre as relações que estabelecem entre os seus membros e a comunidade onde estão inseridos.

Na esfera pessoal e familiar, a família do Sr. C. é considerada nuclear, constituída pelo Sr. C, a esposa M. e pelos dois filhos, F. de trinta e um anos e G. de vinte e quatro anos. O filho F., licenciado em Engenharia informática já se emancipou e reside com a sua esposa M. de trinta anos, licenciada também em engenharia informática, tendo uma neta de três anos B., e residem a vinte minutos de carro de casa dos pais. O filho G., reside com os pais, é licenciado em desporto e tem o seu próprio rendimento.

O Sr. C. trabalha no aeroporto e tem o nono ano de escolaridade, a Sra. M. de cinquenta e cinco anos é professora numa escola primária. Residem num apartamento T3, com boas condições de habitabilidade: a casa apresenta três casas de banho, uma de serviço, outra de apoio a dois quartos em que tem uma banheira e outra no quarto principal (suite), sendo que esta possui

uma base de chuveiro ao nível do chão, onde será possível colocar uma barra de apoio e tem área suficiente para circular uma cadeira de rodas ou de banho. O apartamento tem acesso a água potável e saneamento. O casal refere não ter dificuldades económicas no seu dia a dia e as tarefas domésticas são realizadas em grande parte pela Sra. M mas em também com colaboração do Sr. C. e do filho G.

Os pais do Sr. C. e da Sra. M. já faleceram e nenhum deles tem irmãos, sendo que ambos os pais possuíam casas e terrenos numa aldeia, tendo o casal herdado todos esses bens.

A relação entre os irmãos F. e G. é de grande proximidade, e estão juntos pelos menos uma vez por semana e, a relação entre o tio G. e a sobrinha B. é de grande proximidade também. A relação entre os pais C. e M. e o casal F. e M. é também de proximidade, sendo que todos os fins de semana se deslocam a casa uns dos outros para almoços ou jantares em família. A relação entre o filho G. e os seus pais é também de grande harmonia e proximidade.

A neta do Sr. C., tem uma relação de grande proximidade com a pré-escola que frequenta, assim como com as atividades extracurriculares natação e ballet. O casal F. e M. têm uma relação de proximidade com o ginásio que frequentam, assim como o filho G., que frequentam o mesmo ginásio.

Todos os membros da família têm uma ligação harmoniosa com o seu local de trabalho.

O Sr. C. apesar de nunca faltar às consultas de rotina no centro de saúde, não se preocupa muito com a sua saúde, achando sempre que está tudo bem. Contrariamente ao marido, a Sra. M. é mais preocupada com a saúde e procura fazer caminhadas frequentemente, por vezes acompanhada pelo seu filho G., uma vez que o esposo não costuma fazer exercício físico. Os restantes membros da família possuem um seguro de saúde e frequentam regularmente um hospital privado da sua confiança.

No âmbito das crenças religiosas, o Sr. C. acredita na religião cristã e frequenta a missa ao Domingo juntamente com a sua esposa M. A sua família apesar de crentes, não são praticantes por falta de tempo, apesar de a religião ser de extrema importância para eles.

Para melhor percepção da posição do Sr. C. na família e os vínculos familiares, bem como a interação familiar com os sistemas alargados, explana-se a representação do genograma (Figura 1) e ecomapa (Figura 2).

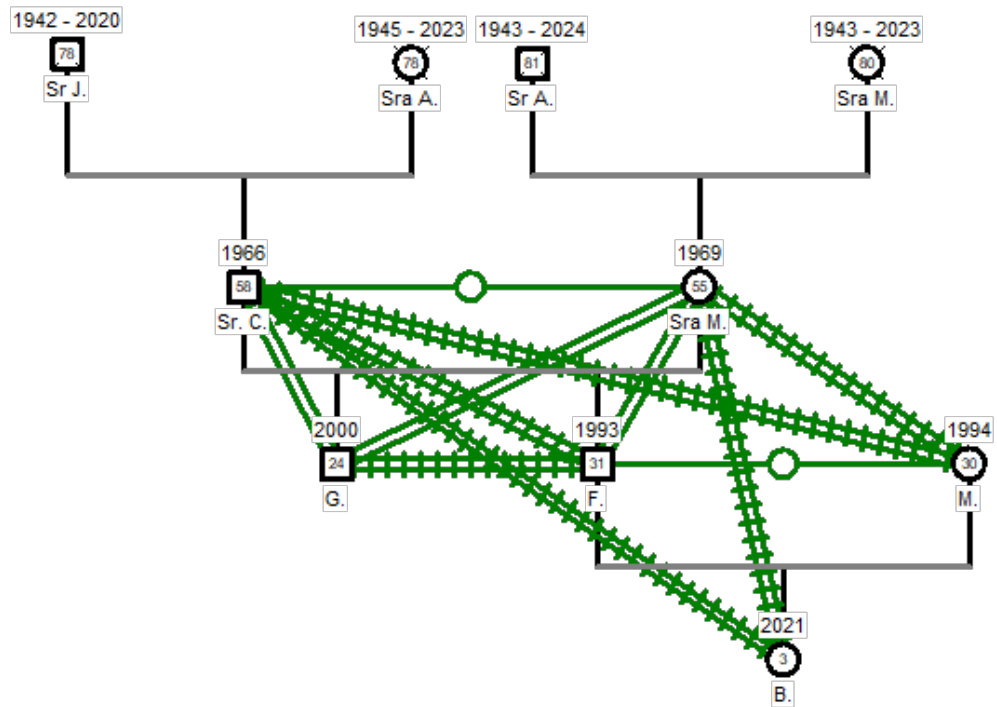


Figura 1- Genograma da família do Sr. C.

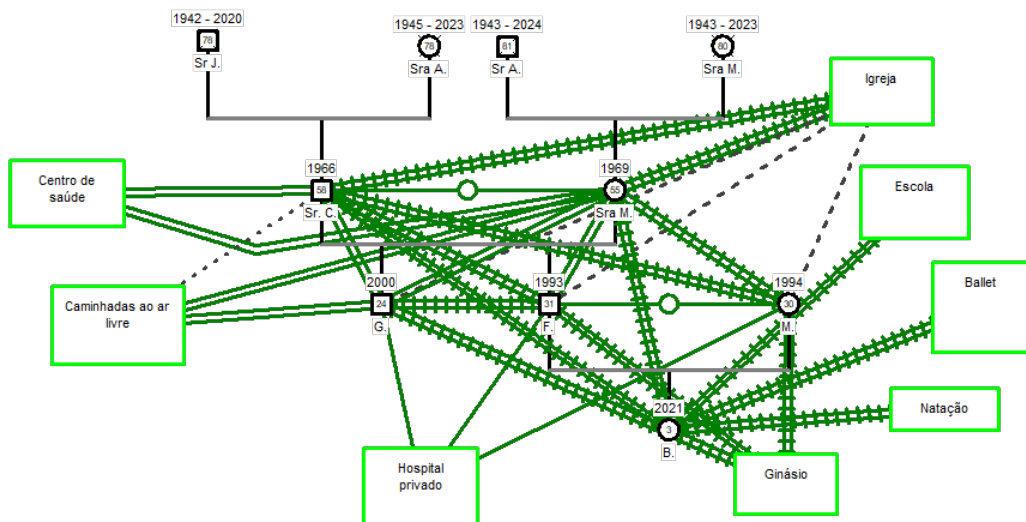


Figura 2- Ecomapa da família do Sr. C.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 58 anos | Masculino

Cuidador

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Parentesco: cônjuge.

22-10-2024 15:00 - Coabita com a pessoa dependente.

22-10-2024 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

22-10-2024 15:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

22-10-2024 15:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

22-10-2024 15:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar parcialmente.

22-10-2024 15:00 - Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

22-10-2024 15:00 - suficiente para assegurar parcialmente.

22-10-2024 15:00 - Capacidade física do cuidador para dar banho

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - suficiente para assegurar na totalidade.

22-10-2024 15:00 - Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

22-10-2024 15:00 - Capacidade física do cuidador para transferir

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - suficiente para assegurar parcialmente.

3.3. Medicação

Início

2024-10-22 15:00:00

2024-10-22 15:00:00

2024-10-22 15:00:00

2024-10-22 15:00:00

Medicação

Baclofeno 5 mg

enoxaparina 80 mg

Atorvastatina 40 mg

Ácido acetilsalicílico 100 mg

Fim

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Após AVC, todas as pessoas com tensão arterial superior a 140/90mmHg devem iniciar ou intensificar a sua terapia anti-hipertensiva da alta hospitalar, sendo recomendado utilizar inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) (Stroke Foundation, 2023), devendo-se monitorizar a pressão sanguínea e frequência cardíaca durante o início do período de ajuste da posologia e periodicamente ao longo da terapêutica (Vallerand et al., 2016). No caso do Sr. C., por não se terem verificado estes valores de pressão arterial, não iniciou medicação.

O controlo lipídico deve ser assegurado após AVC, devendo haver alterações no estilo de vida de forma a diminuir os níveis de colesterol, assim como a modificação da dieta, do exercício, iniciando farmacologicamente uma estatina, grupo de medicamento à qual pertence a Atorvastatina (Gladstone et al., 2021), com o objetivo de diminuir o colesterol LDL (lipoproteína de baixa densidade) para níveis inferiores de 1,8mmol/L (Stroke Foundation, 2023).

Ainda numa fase aguda, todos os doentes devem ser tratados com antiagregantes plaquetários, como a Ácido Acetilsalicílico assim que a imagem cerebral exclua hemorragia intracraniana (Gladstone et al., 2021), podendo também associar-se a enoxaparina. Importante de referir que estes antiagregantes aumentam o risco hemorrágico, bem como um risco aumentado de lesão em caso de queda, sendo um fator importante a ter em conta para as atividades de vida diárias (Vallerand et al., 2016).

Relativamente ao baclofeno, este trata-se de um relaxante muscular, indicado para a espasticidade muscular, sendo importante não só para o bem-estar da pessoa, como também para que seja mais fácil para o EEER, mobilizar o membro afetado pela espasticidade.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas Sondas, Drenos e Cateteres

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

Os exames complementares de diagnóstico, como a TC CE, a angioTC do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral, a RM CE, o eletrocardiograma e a avaliação laboratorial sustentam a tomada de decisões terapêuticas e/ou cirúrgicas no âmbito do doente com suspeita

de compromisso neurovascular (DGS, 2017).

Os exames realizados ao Sr C. foram TC TAP, ETT, TC CE, RM CE, Ecocardiograma, Ecodoppler cervical e transcraniano e angioTC.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-10-2024 15:00	Consciência	
22-10-2024 15:00	Força muscular	
22-10-2024 15:00	Movimento articular	
22-10-2024 15:00	Tónus muscular	
22-10-2024 15:00	Função motora fina	
22-10-2024 15:00	Equilíbrio estático	
22-10-2024 15:00	Equilíbrio dinâmico	
22-10-2024 15:00	Sensações somáticas	
22-10-2024 15:00	Visão	
22-10-2024 15:00	Audição	
22-10-2024 15:00	Apetite	
22-10-2024 15:00	Perceção corporal	
22-10-2024 15:00	Reflexo corneano	
22-10-2024 15:00	Comunicação verbal	
22-10-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
22-10-2024 15:00	Deglutição	
22-10-2024 15:00	Eliminação intestinal	
22-10-2024 15:00	Eliminação urinária	
22-10-2024 15:00	Sono	
22-10-2024 15:00	Autoconceito	
22-10-2024 15:00	Virar-se	
22-10-2024 15:00	Transferir-se	
22-10-2024 15:00	Sentar-se	
22-10-2024 15:00	Cuidar da higiene pessoal	
22-10-2024 15:00	Vestir-se ou despir-se	
22-10-2024 15:00	Andar	
22-10-2024 15:00	Alimentar-se	
22-10-2024 15:00	Autogestão do regime medicamentoso	
22-10-2024 15:00	Padrão alimentar	
22-10-2024 15:00	Padrão de exercício	
22-10-2024 15:00	Comportamento de procura de saúde	
22-10-2024 15:00	Sistema respiratório	
22-10-2024 15:00	Mastigação	
22-10-2024 15:00	Memória	
22-10-2024 15:00	Erguer-se	
22-10-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
22-10-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Consciência:

Após o AVC torna-se fundamental a avaliação do estado de consciência, tendo como objetivo a determinação precoce da alteração do estado neurológico (National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Segundo o ICN (Conselho Internacional de Enfermeiros) (2019) a consciência, enquanto foco de atenção do EEER, assume-se como a resposta mental a impressões resultantes de uma combinação de fatores, mantendo a mente sensível e alerta ao ambiente externo.

O domínio da consciência integra toda e qualquer conceção de cuidados diferenciada, também por ser condicionante na experiência de transição da pessoa que sofreu um evento neurológico agudo, exigindo adaptação a uma nova circunstância de vida, de modo a que a pessoa integre a mudança da forma mais saudável possível (Meleis, 2010).

A alteração no estado de consciência da pessoa constitui uma barreira à aprendizagem de novas competências (Casaburi & Wallack, 2009), o que se torna um elemento crucial para a consciencialização da pessoa e, conseqüente, envolvimento no processos de reabilitação.

A alteração da consciência pode ser um dos primeiros sinais neurológicos a manifestar-se após um AVC, sendo que esta deve ser avaliada continuamente, através da avaliação ABCDE (via aérea, respiração, circulação, défice neurológico, exposição) e Escala de coma de Glasgow, permitindo: identificar alterações neurológicas associadas ao desenvolvimento de complicações; avaliar a eficácia de tratamentos como a trombólise; prevenir complicações secundárias (TACLS, 2021).

Para além do referido anteriormente, o estado de consciência influencia a colaboração da pessoa no processo de reabilitação e, desta forma a recuperação funcional e a autonomia, dependem da estabilidade deste domínio (TACLS, 2021).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio consciência.

Força muscular

O AVC implica diversas manifestações na saúde mediante a área lesada, cujas sequelas causam impacto na qualidade de vida da pessoa, sendo a função motora umas das mais relevantes tendo um forte impacto na mobilidade, equilíbrio e funcionalidade (SPAVC, 2016).

Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, as funções corporais são funções fisiológicas dos sistemas corporais, sendo que o compromisso da função motora pode revelar diminuição da força muscular em diferentes grupos musculares, manifestando-se

frequentemente como hemiparesia ou hemiplegia (SPAVC, 2016).

A diminuição de força muscular compromete não só a mobilidade funcional, mas também a capacidade de realizar atividades de vida diária (TACLS, 2021).

A recuperação desta sequela está associada à reorganização cortical, e, portanto, muito dependente da recuperação funcional ou adaptativa (Teasell & Hussein, 2020). Desta forma, o EEER deve realizar uma correta avaliação da pessoa com compromisso da força muscular, de forma a individualizar os cuidados, tendo como objetivo promover a sua capacitação e restauração da funcionalidade da pessoa, no sentido de atingir maior independência funcional. A reabilitação visa a recuperação da função motora, através de exercícios de mobilização e treino funcional progressivo (TACLS, 2021).

A contínua vigilância da força muscular permite detectar possíveis complicações associadas (TACLS, 2021).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio força muscular.

Movimento articular

O movimento articular é o resultado da deslocação de uma superfície articular em relação a outra, ocorrendo em torno de um eixo e sempre perpendicular a um plano (Norikin & Levangie, 2001). O movimento articular está dependente da tensão desenvolvida por um determinado grupo muscular, da sua disposição anatómica, do ângulo de inserção do músculo no osso, da distância entre a inserção muscular e do centro de rotação da articulação em avaliação (Hall, 2000).

A fase após AVC pode ter implicações musculoesqueléticas na medida em que conduz à diminuição da capacidade de mobilidade da pessoa com implicações diretas na sua condição de saúde e funcionalidade (Potter & Perry, 2006).

Na pessoa após AVC, a alteração do movimento articular é uma das consequências mais frequentes aquando da imobilidade prolongada. Esta pode levar ao desenvolvimento de rigidez articular e contraturas, principalmente nos membros afetados. As referidas alterações podem comprometer atividades como o posicionamento da pessoa, mobilidade no leito, marcha e atividades de vida diária (TACLS, 2021).

A reabilitação precoce permite manter a amplitude do movimento e prevenir deformidades e dor articular, sendo o EEER um elemento fulcral no sentido em que promove intervenções contribuindo para a independência funcional da pessoa (TACLS, 2021).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a

identificação do domínio movimento articular. A intervenção do EEER na melhoria do movimento articular é fundamental para a restauração da funcionalidade da pessoa.

Tónus muscular

O tónus muscular corresponde à tensão dos músculos nos diferentes segmentos corporais, permitindo que o corpo se mantenha em determinada posição angular, podendo caracterizar-se por uma hipotonia (diminuição do tónus muscular) ou hipertonia (aumento do tónus muscular), sendo fatores que comprometem a mobilidade corporal. Imediatamente após um AVC pode ocorrer diminuição do tónus muscular e, numa fase seguinte verifica-se um aumento gradual do tónus muscular, podendo instalar-se a espasticidade em poucos dias (Abreu, 2015).

Segundo o ICN (2019), a espasticidade define-se como um processo do sistema musculoesquelético comprometido, por via de contração descontrolada dos músculos esqueléticos, causando dependência multissensorial e afetando a capacidade funcional no desempenho das atividades de vida diária e, desta forma compromete a qualidade de vida da pessoa.

No contexto do AVC isquémico e mediante a localização e extensão da lesão cerebral, o tónus muscular pode sofrer alterações, nomeadamente hipotonia, numa fase inicial e, de seguida hipertonia ou espasticidade, manifestando-se principalmente nos músculos flexores dos membros superior e extensores dos membros inferiores. Assim o tónus muscular é um domínio importante na conceção de cuidados, uma vez que está diretamente associado à qualidade do movimento, prevenção de complicações músculo-esqueléticas e à evolução da autonomia funcional da pessoa (TACLS, 2021).

Na sequência do referido, o tónus muscular é um domínio que, no caso clínico apresentado, importa identificar.

Função motora fina

Após o AVC, a hemiparesia resultante da lesão cerebral, afeta diretamente as habilidades motoras da mão, o que condiciona a realização de movimentos básicos, sendo uma das causas mais frequentes de perda de habilidade profissional, desajuste social e incapacidade para a realização de atividades de autocuidado, levando a uma diminuição significativa da qualidade de vida da pessoa (Menoita, 2012).

O AVC pode resultar em déficits motores significativos, afetando a capacidade de realizar movimentos finos essenciais para atividades diárias. A perda de controlo do movimento fino está entre uma das consequências do AVC, tendo impacto na qualidade de vida da pessoa (Ramos et. al, 2021).

Desta forma, com a identificação deste domínio prende-se com a deteção precoce de alterações nesta função por parte do EEER, uma vez que este poderá implementar treino de destreza

manual e de motricidade, fundamentais para a reabilitação funcional (Esteves, 2018).

A reabilitação da função motora fina é fundamental na pessoa que sofreu um acidente AVC, uma vez que esta função é essencial para a realização de atividades diárias, como vestir-se, alimentar-se e escrever, tendo um impacto significativo na autonomia da pessoa e na sua qualidade de vida (Zhao et al., 2024).

Assim, a inclusão do domínio função motora fina no plano de cuidados de reabilitação da pessoa pós-AVC é importante pois as intervenções específicas para esta função não promovem apenas a recuperação motora, mas também, como já referido, a autonomia e qualidade de vida (Zhao et al., 2024).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio função motora fina.

Equilíbrio estático e Equilíbrio dinâmico

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

Uma das principais consequências do AVC é a alteração do equilíbrio comprometendo diretamente a postura e estabilidade corporal, apresentando-se como dificuldade em manter uma postura adequada contra a gravidade, diminuindo a capacidade do equilíbrio estático ou dinâmico (Antunes et al., 2016).

A hemiparesia, está associada a uma diminuição na capacidade da pessoa em manter o equilíbrio, pois verifica-se uma assimetria no controlo postural do lado afetado, causando instabilidade no equilíbrio estático e dinâmico, sentado ou em pé (Teasell & Hussein, 2020).

A função motora do membro superior pode afetar o equilíbrio estático em pessoas com pós-AVC, pois défices motores nos membros superiores estão diretamente associados a dificuldades no equilíbrio estático. Desta forma, intervenções que visem melhorar a função do membro superior podem ter um impacto positivo na estabilidade postural destas pessoas (Mallo-López et al. 2024).

Os défices no equilíbrio dinâmico são um dos principais fatores que explicam a limitação na deambulação, em pessoas pós- AVC e, segundo Alvarenga et al. (2023), o treino do equilíbrio melhora a função motora dos membros inferiores e, conseqüentemente, a marcha.

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio do equilíbrio.

Sensações somáticas

O AVC pode afetar as sensações somáticas que se referem às provenientes da pele, músculos ou articulações que incluem a percepção da pressão, vibração, temperatura corporal, posição corporal, dor e prurido e o processamento e compreensão desta informação, é conhecida como percepção, sendo que um distúrbio desta funcionalidade reduz a capacidade da pessoa de compreender a sua relação com o ambiente interno e externo. Assim, é de extrema importância a avaliação neurológica da pessoa pós-AVC, contemplando a avaliação das sensibilidades superficial (térmica, tátil e dolorosa) e profunda (proprioceptiva, vibratória e discriminativa), em ambos os hemisférios.

A alteração da percepção pode comprometer o controlo da postura e do movimento, levar a um pior desempenho nas tarefas motoras, contribuir para uma recuperação mais lenta e/ou deficiente da função motora podendo traduzir-se em risco de lesões e, conseqüentemente impactar negativamente a independência nas atividades de vida diárias (Abe et al., 2012).

As intervenções focadas na reabilitação sensorial podem melhorar a função somatossensorial e, conseqüentemente, a função motora em doentes pós-AVC (Yilmazer et al., 2019).

Por este motivo, é importante a atuação do EEER nas alterações das sensações somáticas, contribuindo para a restauração da autonomia da pessoa e, para uma melhoria da qualidade de vida.

Visão

Segundo Lopes & Mendes (2013), a visão é o sentido humano com mais relevância para a pessoa, uma vez que tem um papel imprescindível em todas as fases da vida. A sua alteração pode ser uma das sequelas do AVC e pode variar mediante o tipo de AVC, a localização da lesão cerebral, a sua extensão e a rapidez do tratamento.

As alterações podem incluir a perda de visão numa parte do campo visual (hemianopsia), visão turva, alteração na percepção de profundidade (afetando a coordenação motora e a capacidade de realizar determinadas tarefas), visão dupla (diplopia), distúrbio no movimento dos olhos (compromete o movimento ocular de forma coordenada para seguir objetos em movimento ou fixar o olhar num determinado ponto), e distúrbios visuais superiores (afetam a percepção e a interpretação de estímulos visuais externos) (Lopes & Mendes, 2013).

A intervenção de enfermeiros de reabilitação tem evidenciado ganhos significativos na recuperação das funções visuais em pessoas pós-AVC, destacando-se a importância de uma abordagem multiprofissional na reabilitação Santos (Martins, & Campos, 2020).

Desta forma, a identificação deste domínio prende-se com a identificação precoce de alterações por parte do EEER, por ser crucial para a realização do plano de reabilitação, assim como para a retoma da sua autonomia.

Audição

Depois de um AVC, pode ocorrer comprometimento cerebral em regiões do sistema nervoso central, podendo levar a alterações auditivas, que estão diretamente relacionadas com alterações das habilidades de processamento auditivo central, prejuízos na atenção seletiva, do reconhecimento da voz, da resolução e ordenação temporal e da localização sonora, ou periférico, comprometendo a comunicação (Lima et al., 2017).

Estas alterações auditivas na pessoa pós AVC dificultam a comunicação e compreensão auditiva, revelando-se de suma importância para a comunicação humana (Garcia et al., 2007) e, o seu compromisso pode ter um prejuízo social, comparativamente à grande maioria da população cujo sentido de audição tem o seu funcionamento normal (Lima et al., 2017).

As alterações auditivas, especialmente relacionadas ao processamento auditivo central, são comuns após um AVC (Lima et al., 2017). Desta forma, a identificação deste domínio prende-se com a identificação precoce de alterações nesta função por parte do EEER, podendo atuar precocemente.

Percepção corporal

A percepção engloba o processamento e a interpretação das sensações recebidas, incluindo a consciência, reconhecimento, discriminação e orientação. Após um AVC, no que se refere à percepção corporal há a diminuição da capacidade de processamento de informações espaciais, prejudicando frequentemente a interação com o meio ambiente, uma vez que a pessoa ignora ou perde a consciência dos objetos ou do seu contexto em redor. Estas alterações designam-se de negligência ocorrendo frequentemente no hemisfério não dominante (National Clinical Guideline for Stroke, 2023), podendo causar alterações visuoespaciais, nomeadamente apraxia construtiva e astereognosia (Teasell et al., 2020).

A percepção corporal nas pessoas com sequelas de AVC, está relacionada com a falta de autonomia nas atividades de vida diárias, sendo fundamental o desenvolvimento de intervenções que visem uma recuperação mais eficaz (Borges et al., 2020).

A avaliação da percepção corporal nas pessoas pós-AVC é fundamental pois alterações neste domínio podem afetar a funcionalidade e a qualidade de vida (Lima et al., 2023).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio da percepção corporal.

Reflexo corneano

A avaliação do reflexo corneano corresponde à avaliação do V par craniano, o trigémeo, na avaliação neurológica do doente, avaliando o ramo oftálmico do trigémeo através do arco aferente do reflexo corneano, manifestando a sua resposta através da via eferente do nervo facial (VII par craniano) (Rea, 2014).

A ausência do reflexo corneano pode indicar comprometimento das vias aferentes (nervo trigêmeo) ou eferentes (nervo facial), sugerindo lesões no tronco encefálico e, a avaliação deste auxilia na identificação de déficits sensoriais e motores, orientando as estratégias de reabilitação (Lima et al., 2023).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio do reflexo corneano. Uma vez que podem surgir alterações neste ramo após um evento de AVC, torna-se importante durante a avaliação neurológica, investigar possíveis alterações, para que o EEER possa iniciar precocemente um plano de reabilitação.

Comunicação verbal

Após um AVC é comum a alteração da aprendizagem e linguagem simbólica, nomeadamente afasia motora ou de broca (Teasell et al., 2020), sendo por isso recomendado a avaliação da comunicação durante as primeiras 72h após AVC a fim de detetar possíveis alterações (NICE, 2023).

Durante a avaliação neurológica efetuada pelo EEER, é avaliada a comunicação e possíveis alterações, nomeadamente afasia motora, apraxia, disartria e também possíveis alterações na compreensão, tais como afasia sensitiva, na leitura (alexia) e na escrita (agrafia) (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

De acordo com Silva et al. (2013), aproximadamente trinta e sete e meio por cento dos doentes pós-AVC apresentam dificuldades de comunicação verbal, sendo portanto evidente a importância de intervenções de enfermagem especializadas para este domínio.

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio da comunicação verbal.

Sistema respiratório; Sistema cardiovascular; Metabolismo; Termorregulação

Na fase aguda, após diagnóstico clínico de AVC podem ocorrer alterações da homeostasia fisiológica, como o aumento da temperatura, da glicemia capilar, hipoxia, hipertensão (National Clinical Guideline for Stroke, 2023), sendo recomendado uma monitorização clínica, onde se inclui o estado de consciência, a glicemia capilar, a pressão arterial, a saturação de oxigénio, a hidratação e nutrição, a temperatura e o ritmo e frequência cardíaca (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A função respiratória é uma das consequências após um AVC, podendo afetar a capacidade de ventilação e aumentando o risco de complicações pulmonares, como atelectasia e pneumonia, sendo a reabilitação respiratória de suma importância na prevenção de tais complicações (Soares et al., 2019).

As complicações cardiovasculares, como arritmias e alterações na pressão arterial, são comuns

no pós AVC e podem agravar a condição da pessoa (Silva et al., 2020). A avaliação destes parâmetros permite o ajuste da intensidade de exercício, reduzindo assim o risco de eventos adversos durante a reabilitação (Ribeiro & Andrade, 2021).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação dos domínios sistema respiratório, sistema cardiovascular, metabolismo e termorregulação. Face ao evento agudo da pessoa, é importante que esteja rigorosamente monitorizada, sob atenção também do EEER.

Deglutição

Após a ocorrência de um AVC, as estruturas neuromusculares corticais envolvidas na deglutição, podem ficar afetadas causando alterações, nomeadamente na deglutição de comida, de líquidos ou saliva (disfagia), apresentando uma incidência de quarenta a setenta e oito por cento (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

A disfagia está associada ao aumento do tempo de internamento, de infeções respiratórias associadas ao risco de aspiração e consequente pneumonia, aumento de incapacidade e ainda morte (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Assim, é recomendada a avaliação da deglutição na fase aguda de AVC de modo a diagnosticar precocemente alterações da deglutição e a intervir em conformidade, prevenindo complicações (Nice, 2023; Dziewas et al., 2021).

Na fase aguda do AVC, pode haver necessidade de alteração da consistência dos alimentos e também dos líquidos, prevenindo assim possíveis complicações (Heart and Stroke, 2021)

segundo o estudo de Sá et al. (2023), a implementação de um programa elaborado por enfermagem de reabilitação, resulta em melhorias significativas na capacidade de deglutição de pessoas após-AVC, observando-se também uma significativa melhoria da função da deglutição.

Uma vez que o AVC pode causar alterações nos músculos associados à deglutição, é de grande importância a identificação deste domínio, de forma a delinear um plano de intervenção, prevenindo complicações.

Eliminação intestinal

Na fase aguda pós AVC, em lesões severas, pode ocorrer incontinência fecal, uma vez que lesões no sistema nervoso central podem causar desregulações da função do cólon, bem como a descoordenação do esfíncter anal. Estas alterações podem levar também a um retardamento do trânsito intestinal aumentando o tempo das fezes no cólon e com isso, resultar em obstipação que acontece em cerca de cinquenta e cinco por cento das pessoas no primeiro mês pós AVC, podendo agravar a incontinência urinária ou fecal (Engler et al., 2014; National Clinical Guideline for Stroke, 2023). Outros sintomas podem passar pelo aumento da sensação

do limiar retal, condução anormal do impulso, incontinência fecal ou uma combinação destes (Ma et al., 2023).

A prevalência de incontinência fecal e obstipação na fase pós- AVC é doze e meio e vinte por cento respetivamente, revelando-se importante a identificação de fatores que possam auxiliar na implementação de estratégias que visem a reeducação intestinal e a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Lopes, 2019).

Sendo que o AVC pode causar alterações na eliminação intestinal, torna-se relevante a identificação deste domínio.

Eliminação urinária

Na fase aguda pós AVC, circuitos neuronais complexos no cérebro e na medula espinhal podem ficar alterados, podendo causar alterações no controlo da eliminação urinária, resultando em perda de inibição voluntária da micção, e por isso, incontinência urinária (Cruz et al., 2022; Fry, et al., 2024). A incontinência urinária apresenta-se em cinquenta e três por cento dos casos após AVC, principalmente na fase aguda, nomeadamente a incontinência por urgência urinária, que é a mais comumente diagnosticada (Williams et al., 2012; Javob & Kostey. 2020).

As alterações mais comuns nas pessoas pós AVC são a noctúria e urgência urinária, prejudicando a qualidade de vida das pessoas (Leandro, 2021).

A incontinência urinária pode ter implicações não só no humor, mas também na qualidade de vida da pessoa, e um impacto acrescido para o familiar cuidador (Sadeghi et al., 2023), motivo pelo qual se torna imprescindível a identificação deste domínio.

Memória

A memória é definida como os atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias, é o registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos (ICN, 2019).

Após um AVC, um terço das pessoas apresentam comprometimento da memória, tornando-se crucial a avaliação da mesma (Sullivan et al., 2023). As lesões dos lobos frontais desencadeiam perturbações de memória, preservando as memórias prévias ao acontecimento enquanto novas memórias são difíceis de estabelecer sendo consolidadas de forma pobre e difíceis de recuperar (Pontes, 2015).

A reabilitação de funções cognitivas focadas nas alterações afetadas pelo AVC, como é o caso da memória, é essencial e as intervenções devem ser personalizadas, com base nas necessidades e capacidades da pessoa (Marinho-Buzelli et al., 2024).

Assim, torna-se importante identificar o domínio da memória, de modo a esta ser avaliada a fim de perceber precocemente se houve alguma alteração após o AVC.

Autocuidado: Virar-se; Erguer-se; Transferir-se; Sentar-se; Cuidar da higiene pessoal; Vestir-se/ despir-se; Andar; Alimentar-se

O autocuidado é a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para promoverem a saúde, prevenirem doenças, manterem a saúde e lidarem com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde (WHO, 2021).

Face às sequelas subseqüentes a um evento vascular cerebral, torna-se imprescindível a avaliação da capacidade funcional no desempenho das atividades de vida diária, considerando-se assim o autocuidado como um dos focos de atenção mais relevantes para o EEER. Esta ação profissional do EEER, tendo por foco o autocuidado assume grande importância no sentido de ser facilitadora de processos adaptativos, ajudando a pessoa na readaptação à sua nova condição de vida, com o objetivo de dotar a pessoa do máximo de independência possível (Petronilho et al., 2021).

De acordo com Barros (2023), as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no domínio do autocuidado, em pessoas na fase aguda do AVC, demonstraram ser eficazes, promovendo a autonomia da pessoa nos autocuidados.

Na seqüência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio do autocuidado, uma vez que a reconstrução da autonomia constitui um desafio permanente e complexo para os EEER, com impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e respetivas famílias.

Autogestão do regime medicamentoso

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso. Em algumas pessoas manifestam-se alterações na adesão terapêutica medicamentosa, podendo este défice ser associado à falta de conhecimentos, de habilidades, de motivação, por atitudes negativas face à medicação e até por dificuldade em tomar decisões (Oliveira, 2015).

Assim, a autogestão é o envolvimento da pessoa em atividades para promover e proteger a saúde, monitorizar e gerir sinais e sintomas da doença, gerir o impacto da doença na funcionalidade, emoções e relações interpessoais e aderir ao regime terapêutico, de onde se pressupõe alimentar-se de forma adequada, realizar exercício físico, monitorizar os sintomas, procurar ajuda dos profissionais, quando necessário, e tomar medicamentos (Oliveira, 2015).

A autogestão define-se ainda como a competência e processo utilizadas de forma a obter o controlo da doença, estando associada à capacidade da pessoa, em conjunto com a sua família, a comunidade e os profissionais de saúde, gerir os sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos, as potenciais mudanças de estilo de vida, assim como as consequências culturais e espirituais das doenças crónicas (Galvão & Janeiro, 2013).

Para uma intervenção mais adequada, é essencial compreender os significados facilitadores e dificultadores atribuídos à administração de medicação desenvolvendo intervenções para a promoção da autogestão medicamentosa (Cruz et al., 2025). Fatores como o envelhecimento e comorbilidades a este associadas, aumentam a dificuldade neste domínio, evidenciando a necessidade de intervenções educativas (Novais et al., 2023).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio autogestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

Vários fatores alimentares protegem contra o AVC, salientando-se a dieta mediterrânica, o aumento do consumo de legumes, a deficiência de ácido fólico e a vitamina B12, sendo que o estado nutricional pode ser afetado por diversos fatores, nomeadamente as limitações da funcionalidade, as doenças crónicas, o alcoolismo, alterações sensoriais e aspetos sociais (Ribas, 2019). A desnutrição está associada a maior tempo de internamento hospitalar, maiores taxas de mortalidade, reinternamentos e outras complicações em saúde (Ribas, 2019), sendo de extrema importância a vigilância e ensinamentos efetuados pelos enfermeiros.

A nutrição adequada é um fator fundamental na promoção da cicatrização e fortalecimento do sistema imunológico, podendo evitar complicações como infeções, úlceras de pressão ou desnutrição, que são frequentes em pessoas com problemas de mobilidade reduzida ou neurológicos, numa fase pós-AVC. O défice de ingestão calórica e proteica pode comprometer a reabilitação, diminuindo a resposta a terapias físicas e cognitivas (TACLS, 2021).

Na sequência do referido, em relação à pessoa a que se reporta o caso clínico, é importante a identificação do domínio padrão alimentar.

Padrão de exercício

Após um AVC, a reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível, assim que estejam reunidas as condições necessárias, nomeadamente a estabilidade hemodinâmica do doente, pois o aumento do tempo de reabilitação e a diminuição do tempo entre o início do AVC e o começo da realização de exercícios, está diretamente relacionado com um melhor desempenho dos doentes (Costa, 2019).

A mobilização precoce numa pessoa pós-AVC e a manutenção de um padrão de exercício, são elementos cruciais para evitar complicações tais como trombose venosa profunda, atrofia muscular e rigidez articular. A reabilitação por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, deve incluir um plano personalizado, tendo por base o estado clínico e limitações da pessoa e como objetivo restaurar a mobilidade funcional e capacidade de realizar as atividades de vida diárias (TACLS, 2021).

Os exercícios ativos e passivos, treino de marcha são apontados como eficazes e benéficos

tanto física como psicologicamente, influenciando a autoestima, motivação e a qualidade de vida da pessoa (TACLS, 2021).

Para além da importância da reabilitação, os ensinamentos ao doente na fase aguda são fundamentais para alteração de comportamentos, consciencializando-o da importância do exercício físico na prevenção de doenças e complicações, sendo então, importante a identificação deste domínio.

Mastigação

A deficiência orofacial pós-AVC tem como sintomas quantificáveis o ato de mastigação diminuído, a disfagia, a assimetria facial, a diminuição da força facial e a qualidade relacionada com a saúde oral (Pinto, 2022). Nestes doentes, pode existir diminuição da força e da eficiência da mastigação, por atonia dos lábios, língua e garganta, caracterizando-se pela dificuldade na preparação oral para deglutir, refletindo-se na qualidade de vida da pessoa (Pinto, 2022).

Muitas pessoas desenvolvem disfunções orofaciais na fase pós-AVC, incluindo comprometimentos na mastigação e na deglutição, podendo resultar na incapacidade de triturar adequadamente os alimentos, dificultando a progressão do bolo alimentar e aumentando o risco de engasgamento e aspiração traqueal. As dietas adaptadas à consistência segura e a reabilitação da musculatura orofacial são intervenções prioritárias para garantir uma ingestão eficaz e segura (TACLS, 2021).

Deste modo, a reabilitação por parte do EEER, deverá contemplar a melhoria da força e coordenação a nível da musculatura orofacial (Pinto, 2022), sendo por isso importante a identificação deste domínio.

Autoconceito

O autoconceito é uma construção teórica que o indivíduo realiza sobre si a partir da sua interação com o meio social, sendo um reflexo das percepções, conjeturas e imaginações que o indivíduo realiza a respeito da influência que a sua imagem exerce sobre os outros, do julgamento que estes realizam sobre si, somados a uma espécie de auto sentimento (orgulho ou vergonha) resultante desta interação social (Batista et al., 2017).

Alterações no autoconceito podem gerar um impacto negativo significativo na saúde mental, contribuindo para quadros de ansiedade e depressão. A equipa multidisciplinar deve identificar sinais de sofrimento emocional e promover estratégias de reabilitação da pessoa, com foco na reconstrução do autoconceito e valorização das suas capacidades. A escuta ativa, o envolvimento do doente nas decisões sobre os cuidados e, o reforço positivo durante o processo de reabilitação, são fundamentais para favorecer a autoestima e o sentimento de pertença (TACLS, 2021).

Na sequência do referido, em relação ao doente a que se reporta o caso clínico, é importante a

identificação do domínio autoconceito.

3.6. Conceção de Cuidados

Consciência

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Consciente.

22-10-2024 15:00 - Estado de consciência através de Escala de coma de Glasgow - Abertura ocular: Espontânea (4); Reposta verbal: Orientada (5); Resposta motora: Cumpre ordens (6); Score total: 15

22-10-2024 15:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

22-10-2024 15:00 - Consciente

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência*

27-10-2024 16:00 - Consciente.

Força muscular

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Força - contração muscular

22-10-2024 15:00 - Braço Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

22-10-2024 15:00 - Braço Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

22-10-2024 15:00 - Face Esquerda(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações.

22-10-2024 15:00 - Face Direita(o): desvio da comissura labial sem apagamento do sulco naso labial.

22-10-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

22-10-2024 15:00 - Membro inferior Direita(o): ausência de contração visível ou palpável.

22-10-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

22-10-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

22-10-2024 15:00 - Face Direita (o): Escala de House-Brackmann - Disfunção leve (Grau 2): Pequena deformidade só detetável em inspeção cuidadosa; olho fecha completamente com esforço mínimo; boca tem ligeira assimetria com sorriso forçado; ligeira sincinésia (bochecha-oral), sem espasmo ou contratura.

22-10-2024 15:00 - Membro superior Direita (o): Flexão da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Abdução da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Adução da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação interna da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação externa da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força

muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Membro inferior esquerda (o): Flexão da articulação coxo-femural: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão da articulação coxo-femural: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Abdução da articulação coxo-femural: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Adução da articulação coxo-femural: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação interna da articulação coxo-femural: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação externa da articulação coxo-femural: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Membro inferior esquerda (o): Flexão do joelho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão do joelho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão da articulação tibio-társica: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Dorsiflexão da articulação tibio-társica: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Inervação da articulação tibio-társica: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Eversão da articulação tibio-társica: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão dos dedos do pé: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão dos dedos do pé: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Membro superior direita (o): Flexão do cotovelo: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão do cotovelo: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Desvio radial do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Desvio cubital do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão dos dedos da mão: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council;

Extensão dos dedos da mão: Movimento ativo contra a gravidade e contra a moderada resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.
22-10-2024 15:00 - Membro inferior direita (o): Flexão da articulação coxo-femural: Traço de contração, sem produção de movimento, grau 1 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão da articulação coxo-femural: Traço de contração, sem produção de movimento, grau 1 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Abdução da articulação coxo-femural: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Adução da articulação coxo-femural: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação interna da articulação coxo-femural: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação externa da articulação coxo-femural: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Membro inferior direita (o): Flexão do joelho: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão do joelho: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão da articulação tibio-társica: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Dorsiflexão da articulação tibio-társica: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Inervação da articulação tibio-társica: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Eversão da articulação tibio-társica: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão dos dedos do pé: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão dos dedos do pé: Não se percebe nenhuma contração, grau 0 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do VII par craniano - nervo facial: elevação das sobrancelhas simétrica, oclusão palpebral preservada e simétrica, desvio da comissura labial sem apagamento do sulco nasolabial à direita.

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do XI par craniano - nervo acessório: flexão e lateralização bilateral e simétrica do pescoço contra resistência, hiperextensão do pescoço contra resistência; elevação bilateral simétrica de ombros passiva e contra resistência.

22-10-2024 15:00 - Face esquerda (o): Escala de House Brackmann- Função normal (Grau 1).

22-10-2024 15:00 - Membro superior Esquerda (o): Flexão da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Abdução da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Adução da articulação escapulo- umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da

força muscular Medical Research Council; Rotação interna da articulação escapulo-umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Rotação externa da articulação escapulo-umeral: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Membro superior esquerda (o): Flexão do cotovelo: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão do cotovelo: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 4 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Desvio radial do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Desvio cubital do punho: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Flexão dos dedos da mão: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council; Extensão dos dedos da mão: Movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência, grau 5 na escala de avaliação da força muscular Medical Research Council.

22-10-2024 15:00 - Paresia

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da força muscular

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

27-10-2024 16:00 - Força - contração muscular

27-10-2024 16:00 - Face Direita(o): mobilidade da face simétrica e sem alterações [MELHOROU].

27-10-2024 16:00 - Braço Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o): contração visível ou palpável, mas sem movimento [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Melhorar força muscular

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Face Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido (Membro superior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - 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.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular [RESOLVIDO]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e a força muscular (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o)) [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

27-10-2024 16:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Instruir exercícios isométricos (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios isométricos (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Face Direita(o), Membro superior Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios isométricos (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-

articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

27-10-2024 16:00 - O cuidador realiza, por vezes, os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.

Movimento articular

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Articulação

22-10-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Abdução.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Flexão.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Esquerda(o): Extensão.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Flexão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Desvio cubital.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Esquerda(o): Desvio radial.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Flexão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Direita(o): Flexão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Direita(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Flexão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Circundação do polegar.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Esquerda(o): Oponência do polegar.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Circundação do polegar.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Abdução.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Adução.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Flexão.

- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Extensão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação interna.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Esquerda(o): Rotação externa.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Abdução.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Adução.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação interna.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Flexão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Extensão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação interna.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação da anca Direita(o): Rotação externa.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Flexão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do joelho Esquerda(o): Extensão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do joelho Direita(o): Flexão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do joelho Direita(o): Extensão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Flexão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Extensão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Ombro Esquerda(o): Rotação externa.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Eversão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Esquerda(o): Inversão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Flexão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Extensão.
- 22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Eversão.

22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
22-10-2024 15:00 - Articulação do tornozelo Direita(o): Inversão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular limitada.
22-10-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o): Supinação.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Antebraço Esquerda(o): Pronação.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Adução.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
22-10-2024 15:00 - mobilidade articular total.
22-10-2024 15:00 - Movimento articular ativo: Articulação escapulo- umeral direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 45 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Adução: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 80 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação cotovelo direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 150 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 3 graus; Pronação- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Supinação- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação punho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 85 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 60 graus; Desvio radial- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Desvio cubital- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 35 graus. Articulação coxo-femural direita (o): Flexão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus; Extensão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus; Adução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus. Articulação joelho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus.
22-10-2024 15:00 - Articulação tibio-társica direita (o): Dorsiflexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 5 graus; Flexão plantar: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Inversão: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 10 graus; Eversão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 10 graus.

22-10-2024 15:00 - Movimento articular passivo: Articulação escapulo- umeral direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 45 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Adução: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 80 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação cotovelo direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 150 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 3 graus; Pronação Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Supinação. Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação punho direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 85 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 60 graus; Desvio radial- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Desvio cubital- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 35 graus. Articulação coxo-femural direita (o): Flexão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Extensão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 10 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Adução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 10 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus. Articulação joelho direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 115 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 5 graus.

22-10-2024 15:00 - Movimento articular ativo: Articulação escapulo- umeral esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 47 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Adução: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação cotovelo esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 155 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 5 graus; Pronação- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Supinação- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação punho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 65 graus; Desvio radial- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Desvio cubital- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 35 graus. Articulação coxo-femural esquerda (o): Flexão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 110 graus; Extensão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 25 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 35 graus; Adução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 25 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus. Articulação joelho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 120 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 0 graus.

22-10-2024 15:00 - Articulação tibio-társica esquerda (o): Dorsiflexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 15 graus; Flexão plantar: Avaliação da amplitude

articular com goniómetro 35 graus; Inversão: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus; Eversão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus. 22-10-2024 15:00 - Movimento articular passivo: Articulação escapulo- umeral esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 45 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Adução: Avaliação da amplitude articular com goniómetro 180 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 80 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação cotovelo esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 150 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 3 graus; Pronação Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Supinação. Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus. Articulação punho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 85 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 60 graus; Desvio radial- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Desvio cubital- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 35 graus. Articulação coxo-femural esquerda (o): Flexão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 90 graus; Extensão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 10 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 20 graus; Adução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 10 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 30 graus. Articulação joelho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 115 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro 5 graus.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da mobilidade articular

22-10-2024 15:00 - Articulação: Ombro Esquerda(o): Abdução- mobilidade articular total; Adução- mobilidade articular total; Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Rotação interna- mobilidade articular total; Rotação externa- mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Articulação Punho Direita(o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Desvio cubital- mobilidade articular total; Desvio radial- mobilidade articular total.

22-10-2024 15:00 - Movimento articular ativo: Articulação escapulo- umeral direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 180 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 45 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 180 graus; Adução: Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 180 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 80 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus. Articulação cotovelo direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 150 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 3 graus; Pronação- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus; Supinação. Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus. Articulação punho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 85 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 60 graus; Desvio radial- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 20 graus;

Desvio cubital- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 35 graus. Articulação coxo-femural direita (o): Flexão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Extensão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Adução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus. Articulação joelho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus.

22-10-2024 15:00 - Articulação tibio-társica direita (o): Dorsiflexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 5 graus; Flexão plantar: Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 20 graus; Inversão: Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 10 graus; Eversão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 10 graus.

22-10-2024 15:00 - Movimento articular passivo: Articulação escapulo- umeral direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 180 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 45 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 180 graus; Adução: Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 180 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 80 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus. Articulação cotovelo direita (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 150 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 3 graus; Pronação- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus; Supinação. Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus. Articulação punho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 85 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 60 graus; Desvio radial- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 20 graus; Desvio cubital- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 35 graus. Articulação coxo-femural direita (o): Flexão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 90 graus; Extensão (com o joelho em flexão)- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 10 graus; Abdução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 20 graus; Adução- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 10 graus; Rotação interna- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 30 graus; Rotação externa- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 30 graus. Articulação joelho esquerda (o): Flexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 115 graus; Extensão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 5 graus.

22-10-2024 15:00 - Articulação Tornozelo Direita(o): Flexão- mobilidade articular limitada; Extensão- mobilidade articular limitada; Eversão- mobilidade articular limitada; Inversão- mobilidade articular limitada.

22-10-2024 15:00 - Articulação Joelho Direita(o): Flexão- mobilidade articular limitada; Extensão- mobilidade articular limitada.

22-10-2024 15:00 - Articulação anca Direita(o): Abdução- mobilidade articular limitada;

- Adução- mobilidade articular limitada; Flexão- mobilidade articular limitada; Extensão- mobilidade articular limitada; Rotação interna- mobilidade articular limitada; Rotação externa- mobilidade articular limitada.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação dedos da mão Direita(o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Circundação do polegar- mobilidade articular total; Oponência do polegar- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação Cotovelo Direita(o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação: Antebraço Esquerda(o): Supinação- mobilidade articular total; Pronação- mobilidade articular total;
- 22-10-2024 15:00 - Articulação Antebraço Direita(o): Supinação- mobilidade articular total; Pronação- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação Ombro Direita(o): Abdução- mobilidade articular total; Adução- mobilidade articular total; Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Rotação interna- mobilidade articular total; Rotação externa- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação tornozelo Esquerda(o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Eversão- mobilidade articular total; Inversão- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação joelho Esquerda(o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação: Anca Esquerda(o): Abdução- mobilidade articular total; Adução- mobilidade articular total; Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Rotação interna- mobilidade articular total; Rotação externa- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação: Dedos da mão Esquerda(o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Circundação do polegar- mobilidade articular total; Oponência do polegar- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação: Punho esquerda (o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total; Desvio cubital- mobilidade articular total; Desvio radial- mobilidade articular total.
- 22-10-2024 15:00 - Articulação: Cotovelo esquerda (o): Flexão- mobilidade articular total; Extensão- mobilidade articular total
- 22-10-2024 15:00 - Articulação tibio-társica direita (o): Dorsiflexão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Flexão plantar: Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Inversão: Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus; Eversão- Avaliação da amplitude articular com goniómetro- 0 graus.
- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da mobilidade articular*
- 27-10-2024 16:00 - Articulação
- 27-10-2024 16:00 - Ombro Direita(o): Abdução.
- 27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
- 27-10-2024 16:00 - Ombro Direita(o): Adução.
- 27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Dedos da mão Direita(o): Flexão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Dedos da mão Direita(o): Extensão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Dedos da mão Direita(o): Circunção do polegar.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Dedos da mão Direita(o): Oponência do polegar.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Punho Direita(o): Flexão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Punho Direita(o): Extensão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Punho Direita(o): Desvio cubital.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Punho Direita(o): Desvio radial.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Ombro Direita(o): Flexão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Ombro Direita(o): Extensão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Ombro Direita(o): Rotação interna.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Ombro Direita(o): Rotação externa.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Flexão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Articulação do cotovelo Direita(o): Extensão.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Antebraço Direita(o): Supinação.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Antebraço Direita(o): Pronação.
27-10-2024 16:00 - mobilidade articular total [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Rigidez articular

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da amplitude articular

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da amplitude articular (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Evitar agravamento da rigidez articular

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular

[RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o)) [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios músculo-articulares e o movimento articular (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o)) [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Articulação do tornozelo Direita(o), Articulação da anca Direita(o), Articulação do joelho Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cliente*

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares*

27-10-2024 16:00 - *Realiza os exercícios músculo-articulares de acordo com a recomendação.*

27-10-2024 16:00 - *Refere satisfação com a autogestão dos exercícios músculo-articulares.*

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - *Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

22-10-2024 15:00 - *Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares*

22-10-2024 15:00 - *Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares*

22-10-2024 15:00 - *Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares*

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares*

22-10-2024 15:00 - *Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares*

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cuidador os resultados alcançados*

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cuidador*

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares*

Tónus muscular

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - *Tónus*

22-10-2024 15:00 - *Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular.*

22-10-2024 15:00 - *Membro superior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.*

22-10-2024 15:00 - *Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.*

22-10-2024 15:00 - *Membro inferior Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.*

22-10-2024 15:00 - *Membro inferior Direita(o): elevada resistência muscular ao movimento passivo.*

22-10-2024 15:00 - *Articulação escapulo-umeral direita (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Abdução: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Adução:*

Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada. Articulação cotovelo direita (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada. Articulação do punho direita (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada. Articulação coxo-femural direita (o): Flexão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Adução: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Adução: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Rotação interna: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Rotação externa: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada.

22-10-2024 15:00 - Articulação do joelho direita (o): Flexão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Articulação tibio-társica direita (o): Flexão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Dorsiflexão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Inversão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada; Eversão: Aumento do tónus em mais de metade do arco de movimento, grau 2, na Escala de Ashworth modificada.

22-10-2024 15:00 - Articulação escapulo-umeral esquerda (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Abdução: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Adução: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada. Articulação cotovelo esquerda (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada. Articulação do punho esquerda (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada. Articulação coxo-femural esquerda (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Adução: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Adução: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Rotação interna: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Rotação externa: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada.

22-10-2024 15:00 - Articulação do joelho esquerda (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Extensão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Articulação tibio-társica esquerda (o): Flexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Dorsiflexão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Inversão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada; Eversão: Tónus normal, grau 0 na Escala de Ashworth modificada.

22-10-2024 15:00 - Espasticidade

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do tónus muscular

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do tónus muscular (Membro inferior)

Direita(o)

27-10-2024 16:00 - Tônus

27-10-2024 16:00 - Pescoço: movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Membro superior Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o): ligeira resistência muscular ao movimento passivo [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Evitar agravamento da espasticidade

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular passivo (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Posicionar em padrão anti-espástico

22-10-2024 15:00 - Aplicar ortótese estática de alongamento (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Executar massagem (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Aplicar frio (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: regime de exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para executar exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular (Membro inferior Direita(o))

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre os exercícios e o tônus muscular: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios e o tônus muscular (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para executar exercícios músculo-articulares (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Instruir exercícios músculo-articulares (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar exercícios músculo-articulares (Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão aos exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao regime de exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador sobre exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a executar exercícios músculo-articulares

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao posicionamento em padrão anti-espástico

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para posicionar em padrão anti-espástico [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Instruir cuidador a posicionar em padrão anti-espástico [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Treinar cuidador a posicionar em padrão anti-espástico [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para posicionar em padrão anti-espástico

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para posicionar em padrão anti-espástico*

22-10-2024 15:00 - *Treinar cuidador a posicionar em padrão anti-espástico*

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cuidador os resultados alcançados*

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cuidador*

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao posicionamento em padrão anti-espástico*

27-10-2024 16:00 - O cuidador realiza, por vezes, posicionamento em padrão anti-espástico de acordo com a recomendação.

Função motora fina

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Destreza manual

22-10-2024 15:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

22-10-2024 15:00 - Esquerda(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da função motora fina

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da função motora fina*

27-10-2024 16:00 - Destreza manual

27-10-2024 16:00 - Direita(o): Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade [MANTEVE].

Equilíbrio estático

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

22-10-2024 15:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio.

22-10-2024 15:00 - - Equilíbrio estático - Índice de Tinetti (teste de equilíbrio): equilíbrio sentado - estável, seguro (2); levantar-se - incapaz sem ajuda (0); equilíbrio imediato na postura vertical, nos primeiros 5 segundos - estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se (1); equilíbrio em pé com os pés paralelos - instável (0); pequenos desequilíbrios na posição vertical - vacilante, agarra-se mas estabiliza (1); fechar os olhos na mesma posição - instável (0); volta de 360º - instável (0); apoio unipodal durante 5 segundos - tenta segurar-se a qualquer objeto (0); sentar-se - usa os braços para apoiar-se (1); Pontuação: 5/16.

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do VIII par craniano (nervo vestibulococlear): Sem presença de nistagmo ou vertigem; Prova de romberg positiva.

22-10-2024 15:00 - Equilíbrio estático comprometido

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático

27-10-2024 16:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Controlo postural em pé: Instabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Melhorar equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

27-10-2024 16:00 - Adota comportamentos de prevenção de quedas.

27-10-2024 16:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de quedas.

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da auto-gestão sobre prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - 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.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

27-10-2024 16:00 - 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 [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

27-10-2024 16:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir o treino do equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Treinar equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio estático

27-10-2024 16:00 - Realiza, por vezes, treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

27-10-2024 16:00 - Refere satisfação com a autogestão do treino do equilíbrio estático.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de queda

22-10-2024 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de queda

27-10-2024 16:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de queda.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio estático

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador a assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para assistir no treino do equilíbrio [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a assistir no treino do equilíbrio [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio estático

27-10-2024 16:00 - O cuidador realiza treino do equilíbrio estático de acordo com a recomendação.

Equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se.

22-10-2024 15:00 - Equilíbrio Dinâmico: Teste de tinetti (marcha)- Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)- Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar (0); Largura do passo (pé direito)- Não ultrapassa a frente do pé em apoio (0); Altura do passo (pé direito)- O pé não perde completamente o contacto com o solo (0); Largura do passo (pé esquerdo)- Ultrapassa o pé direito em apoio (1); Altura do passo (pé esquerdo)- O pé esquerdo eleva-se totalmente do solo (1); Simetria do passo- Comprimento do passo aparentemente assimétrico (0); Continuidade do passo- Pára ou dá passos descontínuos (0); Percurso de três metros (previamente marcado)- Desvia-se da linha marcada (0); Estabilidade do tronco- Nítida oscilação ou utilizada auxiliar de marcha (0); Base de sustentação durante a marcha- Calcanhares muito afastados (0) Pontuação: 2/12

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do VIII par craniano (nervo vestibulococlear): Sem presença de nistagmo ou vertigem; Prova de romberg positiva.

22-10-2024 15:00 - Equilíbrio dinâmico comprometido

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico

27-10-2024 16:00 - Controlo postural em movimento: Instabilidade ao levantar-se, transferir-se ou virar-se [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Melhorar equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: treino do equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Capacidade para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - 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.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para treinar o equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao treino do equilíbrio: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre os exercícios de controlo postural e o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para treinar o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para treinar o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Instruir o treino do equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para treinar o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para treinar o equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Treinar equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

27-10-2024 16:00 - Realiza treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autogestão do treino do equilíbrio dinâmico mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador a assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a assistir no treino do equilíbrio

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para assistir no treino do equilíbrio [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para assistir no treino do equilíbrio [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador a assistir no treino do equilíbrio [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: adesão ao treino do equilíbrio dinâmico

27-10-2024 16:00 - O cuidador realiza, por vezes, treino do equilíbrio dinâmico de acordo com a recomendação.

Sensações somáticas

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Sem manifestação de prurido.

22-10-2024 15:00 - Sensibilidade superficial

22-10-2024 15:00 - Face Esquerda(o)

22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

22-10-2024 15:00 - Face Direita(o)

22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

- 22-10-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Membro inferior Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Mão Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Mão Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Pé Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Pé Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 22-10-2024 15:00 - Sensibilidade profunda
22-10-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 22-10-2024 15:00 - Membro inferior Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.
- 22-10-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

- 22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
22-10-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
22-10-2024 15:00 - Mão Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
22-10-2024 15:00 - Mão Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
22-10-2024 15:00 - Pé Direita(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.
22-10-2024 15:00 - Pé Esquerda(o)
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.
22-10-2024 15:00 - Sem compromisso da sensibilidade discriminativa.
22-10-2024 15:00 - Sem manifestação de dor.
22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do V par craniano - nervo trigémio (Face direita(o): ramo oftálmico, maxilar e mandibular): Alteração da sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa.

22-10-2024 15:00 - Determinar sinais de dor

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor

27-10-2024 16:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Sensibilidade comprometida

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da sensibilidade

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da sensibilidade (Face Direita(o), Membro inferior Direita(o))

27-10-2024 16:00 - Sensibilidade superficial

27-10-2024 16:00 - Face Direita(o)

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

27-10-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o)

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

27-10-2024 16:00 - Pé Direita(o)

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade térmica.

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade dolorosa.

27-10-2024 16:00 - Sensibilidade profunda

27-10-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o)

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso da sensibilidade propriocetiva.

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso da sensibilidade vibratória.

27-10-2024 16:00 - Com compromisso da sensibilidade discriminativa.

22-10-2024 15:00 - Melhorar sensibilidade

22-10-2024 15:00 - Executar estimulação da sensibilidade tátil (Face Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Aplicar tala oroinsuflável no membro inferior direito

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: sensibilidade

22-10-2024 15:00 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a estimulação e a recuperação da sensibilidade: facilitadora.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para estimular a sensibilidade tátil

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para autoestimulação da sensibilidade (Face Direita(o), Membro inferior Direita(o))

27-10-2024 16:00 - Capacidade para estimular a sensibilidade tátil: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir a autoestimulação da sensibilidade (Face Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Treinar autoestimulação da sensibilidade (Face Direita(o), Membro inferior Direita(o))

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão da sensibilidade

27-10-2024 16:00 - Adota comportamentos de autogestão da sensibilidade.

27-10-2024 16:00 - Refere satisfação com a autogestão da sensibilidade.

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: prevenção de lesões tegumentares

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de lesões tegumentares: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre autovigilância da pele: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de lesões tegumentares [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de lesões tegumentares [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre prevenção de lesões tegumentares: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autovigilância da pele

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da pele

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre vigilância da pele

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de lesões tegumentares

27-10-2024 16:00 - Adota comportamentos de prevenção de lesões tegumentares.

27-10-2024 16:00 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de lesões tegumentares.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: prevenção de lesões tegumentares

22-10-2024 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de lesões tegumentares: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de lesões tegumentares [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de lesões tegumentares [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de lesões tegumentares: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de lesões tegumentares [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da pele [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da pele [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: prevenção de lesões tegumentares

27-10-2024 16:00 - O cuidador adota comportamentos de prevenção de lesões tegumentares.

Visão

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Acuidade visual

22-10-2024 15:00 - Bilateral: sem compromisso.

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do II par craniano (nervo ótico): sem alterações na acuidade visual, campos visuais e fundo ocular; Avaliação neurológica dos III/IV/VI pares cranianos (nervo oculomotor/trocLEAR/abducente): pupilas isocóricas e fotorreativas, sem

alterações dos movimentos oculares, sem alterações e assimetrias do encerramento das pálpebras.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da visão

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da visão

27-10-2024 16:00 - Acuidade visual

27-10-2024 16:00 - Bilateral: sem compromisso.

Audição

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Acuidade auditiva

22-10-2024 15:00 - Bilateral: sem compromisso.

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do VIII par craniano (nervo vestibulococlear): sem alterações nos testes de Weber e Rinne.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da audição

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da audição

27-10-2024 16:00 - Acuidade auditiva

27-10-2024 16:00 - Bilateral: sem compromisso.

Apetite

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

22-10-2024 15:00 - Apetite conservado.

22-10-2024 15:00 - Paladar conservado.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do apetite

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do apetite

27-10-2024 16:00 - Apetite conservado [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Paladar conservado [MANTEVE].

Perceção corporal

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Perceção do corpo

22-10-2024 15:00 - Direita(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da negligência unilateral

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da negligência unilateral

27-10-2024 16:00 - Perceção do corpo

27-10-2024 16:00 - Esquerda(o): reconhece como seus o membro inferior e superior.

Reflexo corneano

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Integridade do reflexo corneano

22-10-2024 15:00 - Bilateral: sem compromisso.

22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do V par craniano (nervo trigémeo): reflexo corneano bilateral sem compromisso.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do reflexo corneano

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do reflexo corneano

27-10-2024 16:00 - Integridade do reflexo corneano

27-10-2024 16:00 - Bilateral: sem compromisso [MANTEVE].

Comunicação verbal

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

22-10-2024 15:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da comunicação

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da comunicação verbal*

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MANTEVE].

Sistema respiratório

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Frequência respiratória: 13 ciclos/min.

22-10-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular.

22-10-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

22-10-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

22-10-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

22-10-2024 15:00 - Sem adejo nasal.

22-10-2024 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

22-10-2024 15:00 - Periférico(a): 95 %.

22-10-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-10-2024 15:00 - Não comunica falta de ar.

22-10-2024 15:00 - Reflexo da tosse: presente.

22-10-2024 15:00 - Expele as secreções das vias aéreas.

22-10-2024 15:00 - Sons respiratórios: normais.

22-10-2024 15:00 - Morfologia do torax: Sem deformidades na caixa torácica, com expansibilidade simétrica, sem alterações na palpação e percussão.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da ventilação*

27-10-2024 16:00 - Frequência respiratória: 14 ciclos/min.

27-10-2024 16:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Saturação do oxigénio no sangue

27-10-2024 16:00 - Periférico(a): 95 %.

27-10-2024 16:00 - Coloração da mucosa: rosada.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da limpeza da via aérea*

27-10-2024 16:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Expele as secreções das vias aéreas [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Localização do Pulso

22-10-2024 15:00 - Punho Direita(o)

- 22-10-2024 15:00 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.
- 22-10-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
- 22-10-2024 15:00 - Pulso rítmico.
- 22-10-2024 15:00 - Pulso simétrico.
- 22-10-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 22-10-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 22-10-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.
 - 22-10-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.
- 22-10-2024 15:00 - Temperatura das extremidades
 - 22-10-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
- 22-10-2024 15:00 - Coloração das extremidades
 - 22-10-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
- 22-10-2024 15:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da pressão sanguínea*
 - 27-10-2024 16:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 - 27-10-2024 16:00 - Membro superior Esquerda(o)
 - 27-10-2024 16:00 - Pressão sanguínea sistólica: 111 mmHg.
 - 27-10-2024 16:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos*
 - 27-10-2024 16:00 - Temperatura das extremidades
 - 27-10-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
 - 27-10-2024 16:00 - Coloração das extremidades
 - 27-10-2024 16:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
 - 27-10-2024 16:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
 - 27-10-2024 16:00 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.
 - 27-10-2024 16:00 - Pulso simétrico [MANTEVE].
 - 27-10-2024 16:00 - Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Mastigação

22-10-2024 15:00

- 22-10-2024 15:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.
- 22-10-2024 15:00 - Simetria do ciclo mastigatório
 - 22-10-2024 15:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico.
 - 22-10-2024 15:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório simétrico.
- 22-10-2024 15:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) .
- 22-10-2024 15:00 - Avaliação neurológica do V par craniano (nervo trigémio) (componente motora): preensão mandibular simétrica; Avaliação neurológica do VII par craniano (nervo facial): componente motora - desvio da comissura labial sem apagamento do sulco nasolabial à direita; Avaliação neurológica do IX par craniano (nervo glossofaríngeo): elevação simétrica do palato; Avaliação neurológica do XII par craniano (nervo hipoglosso):

movimentação da língua simétrica.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da mastigação

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da mastigação

27-10-2024 16:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Simetria do ciclo mastigatório

27-10-2024 16:00 - Direita(o): Ciclo mastigatório simétrico [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MANTEVE].

Deglutição

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição.

22-10-2024 15:00 - Avaliação da deglutição através do Rastreio Gugging Swallowing Test

(GUSS): 1) Teste indireto da deglutição: Vigilância- Sim (1); Tosse e/ou pigarro- Sim (1);

Deglutição da saliva- Deglutição bem-sucedida- Sim (1); Sialorreia- Não (1); Alterações da voz após a deglutição- Não (1). Score 5/5; 2) Teste direto da deglutição: Semissólido:

Deglutição- Deglutição bem-sucedida (2); Tosse (involuntária)- Não (1); Sialorreia- Não (1);

Alterações da voz- Não (1). Score 5/5; Líquido: Deglutição- Deglutição bem-sucedida (2);

Tosse (involuntária)- Não (1); Sialorreia- Não (1); Alterações na voz- Não (1). Score 5/5;

Sólido: Deglutição- Deglutição bem-sucedida- (2); Tosse (involuntária)- Não (1); Sialorreia-

Não (1); Alterações na voz- Não (1). Score 5/5. Score total 20/20

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da deglutição

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da deglutição

27-10-2024 16:00 - Sem indícios de compromisso da deglutição [MANTEVE].

Eliminação intestinal

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

22-10-2024 15:00 - Fezes: em moderada quantidade.

22-10-2024 15:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

22-10-2024 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

22-10-2024 15:00 - Número de defecações por dia: 1.

22-10-2024 15:00 - Número de defecações por semana: 7.

22-10-2024 15:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto.

22-10-2024 15:00 - Sem sensação de urgência para defecação.

22-10-2024 15:00 - Expulsão controlada de fezes.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal

27-10-2024 16:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Sem sensação de urgência para defecação [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Expulsão controlada de fezes [MANTEVE].

Eliminação urinária

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-10-2024 15:00 - Cheiro da urina: "sui generis".
22-10-2024 15:00 - Transparência da urina: Límpida.
22-10-2024 15:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .
22-10-2024 15:00 - Reconhece a vontade de urinar.
22-10-2024 15:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.
22-10-2024 15:00 - Sem globo vesical.
22-10-2024 15:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*
27-10-2024 16:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Sono

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Dormiu por períodos longos.
22-10-2024 15:00 - Sono reparador.
22-10-2024 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.
22-10-2024 15:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do sono

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do sono*
27-10-2024 16:00 - Dormiu por períodos longos.
27-10-2024 16:00 - Sono reparador [MANTEVE].

Autoconceito

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.
22-10-2024 15:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.
22-10-2024 15:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.
22-10-2024 15:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do autoconceito

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do compromisso no autoconceito*
27-10-2024 16:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Não verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo.
27-10-2024 16:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

Memória

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

22-10-2024 15:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

22-10-2024 15:00 - Sem desorientação face às pessoas.

22-10-2024 15:00 - Sem desorientação no espaço.

22-10-2024 15:00 - Sem desorientação no tempo.

22-10-2024 15:00 - Avaliação da memória através de Mini Mental State Examination - Sem alterações nos itens avaliados: Orientação: Orientada em relação ao tempo, espaço e pessoa (Pontuação máxima nos itens avaliados - 10); Retenção: Capaz de reter 3 palavras e repeti-las (Pontuação máxima nos itens avaliados - 3); Atenção e Cálculo: Capaz de realizar 5 cálculos de subtração (Pontuação máxima nos itens avaliados - 5); Evocação: Capaz de repetir as 3 palavras inicialmente retidas (Pontuação máxima nos itens avaliados - 3); Linguagem: Capaz de nomear dois objetos (lápis e relógio); Capaz de repetir uma frase; Cumpre ordem verbal com três passos; Cumpre ordem escrita num papel; Capaz de escrever frase com sentido e gramaticalmente correta (Pontuação máxima nos itens avaliados: a - 2; b - 1; c - 3; d - 1; e - 1); Habilidade Construtiva: Capaz de realizar cópia de dois pentágonos intersectados por dois ângulos (Pontuação máxima nos itens avaliados-1). Score: 30/30 - Sem alterações cognitivas.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da memória

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da memória

27-10-2024 16:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

27-10-2024 16:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da orientação

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da orientação

27-10-2024 16:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

Virar-se

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de mudar de posição na cama

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do virar-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do virar-se

27-10-2024 16:00 - Capaz de mudar de posição na cama

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

22-10-2024 15:00 - Erguer-se comprometido

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do erguer-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do erguer-se

27-10-2024 16:00 - Capaz de mobilizar o corpo para a posição vertical

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

22-10-2024 15:00 - Assegurar atividades de erguer-se

22-10-2024 15:00 - Assistir no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Promover autonomia para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no erguer-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do erguer-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Capacidade para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir a erguer-se

22-10-2024 15:00 - Treinar a erguer-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para erguer-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar a erguer-se

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autonomia para erguer-se

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autonomia para erguer-se mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de queda [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre prevenção de quedas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se

[RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no erguer-se: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no erguer-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no erguer-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no erguer-se [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para assistir no erguer-se [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para assistir no erguer-se [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para assistir no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para assistir no erguer-se

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades do erguer-se

27-10-2024 16:00 - O cuidador levanta, por vezes, o familiar dependente de acordo com a recomendação.

Transferir-se

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

22-10-2024 15:00 - Transferir-se comprometido

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do transferir-se

27-10-2024 16:00 - Capaz de mobilizar o corpo entre superfícies próximas

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - mobiliza-se entre

duas superfícies próximas de forma segura e pronta.

22-10-2024 15:00 - Assegurar atividades de transferir-se

22-10-2024 15:00 - Assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Promover autonomia para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no transferir-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do transferir-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Capacidade para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir a transferir-se

22-10-2024 15:00 - Treinar a transferir-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar a transferir-se

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autonomia para transferir-se

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autonomia para transferir-se mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades do transferir-se

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para transferir

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para transferir

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não

dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso do cuidador a apoio social para transferir: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

22-10-2024 15:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no transferir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se
27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Tábua de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para transferir

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para transferir

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para transferir

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cinto de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para transferir

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para transferir

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para assistir no transferir-se

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para transferir

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para transferir

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia do cuidador para transferir

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cinto de transferência - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para transferir

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

Sentar-se

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Trapézio - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

22-10-2024 15:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

22-10-2024 15:00 - Sentar-se comprometido**22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do sentar-se**

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução no sentar-se

27-10-2024 16:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de deitado para a posição de sentado

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Trapézio - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Capaz de mobilizar o corpo da posição de pé para a posição de sentado

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Assegurar atividades de sentar-se

22-10-2024 15:00 - Assistir no sentar-se usando dispositivo

22-10-2024 15:00 - Prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Promover autonomia para sentar-se

22-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para sentar-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para

progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no sentar-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no sentar-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no sentar-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do sentar-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para sentar-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no sentar-se

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para sentar-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para sentar-se

27-10-2024 16:00 - Capacidade para sentar-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Instruir a sentar-se

22-10-2024 15:00 - Treinar o sentar-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autonomia para sentar-se

27-10-2024 16:00 - Refere satisfação com a autonomia para sentar-se.

Cuidar da higiene pessoal

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Obtém objetos para o banho.

22-10-2024 15:00 - Abre a torneira.

22-10-2024 15:00 - Capaz de lavar e secar o corpo

22-10-2024 15:00 - Lava e seca o corpo.

22-10-2024 15:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo

22-10-2024 15:00 - Lava e seca parte do corpo.

22-10-2024 15:00 - Lava a cavidade oral.

22-10-2024 15:00 - Aplica produtos de higiene.

22-10-2024 15:00 - Capaz de pentear-se

- 22-10-2024 15:00 - Penteia-se.
22-10-2024 15:00 - Barbeia-se.
22-10-2024 15:00 - Capaz de cortar as unhas
22-10-2024 15:00 - Corta as unhas.
22-10-2024 15:00 - Limpa-se após usar o sanitário.
22-10-2024 15:00 - Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

22-10-2024 15:00 - Cuidar da higiene pessoal comprometido

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do cuidar da higiene pessoal

- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal*
27-10-2024 16:00 - Obtém objetos para o banho [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Abre a torneira [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Capaz de lavar e secar o corpo
27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca o corpo.
27-10-2024 16:00 - Capaz de lavar e secar parte do corpo
27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.
27-10-2024 16:00 - Lava a cavidade oral [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Aplica produtos de higiene [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Capaz de pentear-se
27-10-2024 16:00 - Penteia-se [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Barbeia-se [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Capaz de cortar as unhas
27-10-2024 16:00 - Corta as unhas [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Limpa-se após usar o sanitário [MANTEVE].
27-10-2024 16:00 - Ajusta a roupa após usar o sanitário [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Assegurar atividades de higiene pessoal

- 22-10-2024 15:00 - *Assistir no uso do sanitário*

22-10-2024 15:00 - Promover autonomia para cuidar da higiene pessoal

- 22-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário
22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 15:00 - Capacidade para tomar banho
22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-10-2024 15:00 - Capacidade no uso do sanitário
22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para

- progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para tomar banho
- 22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Autoeficácia no uso do sanitário
- 22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal
- 22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.
- 22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal
- 22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Barra de apoio - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.
- 22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal

- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização sobre o compromisso no cuidar da higiene pessoal*
- 27-10-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 22-10-2024 15:00 - *Assistir o cliente na autoavaliação do cuidar da higiene pessoal*

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho*
- 27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho
- 27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho*

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário*
- 27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário
- 27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira sanita - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia no uso do sanitário*

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para tomar banho

[RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade para tomar banho [FIM]*

27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade para tomar banho

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora

[MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Instruir a tomar banho [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Treinar a tomar banho [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade no uso do sanitário

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade no uso do sanitário*

27-10-2024 16:00 - Capacidade no uso do sanitário

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Barra de apoio - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - *Instruir a usar sanitário*

22-10-2024 15:00 - *Treinar uso do sanitário*

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para tomar banho [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para tomar banho [FIM]*

27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para tomar banho

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora

[MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Treinar a tomar banho [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cliente [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia no uso do sanitário [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia no uso do sanitário [FIM]*

27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia no uso do sanitário

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Barra de apoio - facilitadora

[MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Treinar uso do sanitário [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cliente [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autonomia para cuidar da higiene pessoal*

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autonomia para cuidar da higiene pessoal mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para dar banho

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para dar banho

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se

[RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no arranjar-se [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de

autonomia do cliente no arranjar-se: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no arranjar-se [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - *Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no tomar banho: facilitadora [MELHOROU].*

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no tomar banho [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - *Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário: facilitadora [MELHOROU].*

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no uso do sanitário [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no tomar banho [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no tomar banho [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - *Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MELHOROU].*

22-10-2024 15:00 - *Instruir cuidador para assistir no tomar banho [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Treinar cuidador para assistir no tomar banho [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no uso do sanitário [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - *Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora [MELHOROU].*

22-10-2024 15:00 - *Instruir cuidador para assistir no uso do sanitário [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Treinar cuidador para assistir no uso do sanitário [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para arranjar o cliente [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade do cuidador para arranjar*

o cliente [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para arranjar o cliente [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para arranjar o cliente [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para dar banho [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para dar banho [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para dar banho

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para dar banho [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para dar banho [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para assistir no tomar banho [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para assistir no tomar banho [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para dar banho

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para dar banho

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia do cuidador para dar banho

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Cadeira de banho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para dar banho

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades de higiene pessoal

27-10-2024 16:00 - Boa condição de higiene e asseio do familiar dependente.

Vestir-se ou despir-se

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Escolhe as roupas.

22-10-2024 15:00 - Retira roupa da gaveta ou armário.

22-10-2024 15:00 - Capaz de vestir-se

22-10-2024 15:00 - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

22-10-2024 15:00 - Capaz de abotoar-se

22-10-2024 15:00 - Abotoa.

22-10-2024 15:00 - Capaz de atar cordões

22-10-2024 15:00 - Ata cordões.

22-10-2024 15:00 - Capaz de calçar meias

22-10-2024 15:00 - Calça as meias.

22-10-2024 15:00 - Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do vestir-se ou despir-se [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se* [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Escolhe as roupas [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Capaz de vestir-se

27-10-2024 16:00 - Veste todas as peças de roupa [MELHOROU].

27-10-2024 16:00 - Capaz de abotoar-se

27-10-2024 16:00 - Abotoa [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Capaz de atar cordões

27-10-2024 16:00 - Ata cordões [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Capaz de calçar meias

27-10-2024 16:00 - Calça as meias [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assegurar atividades do vestir-se ou despir-se [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Assistir no vestir-se ou despir-se* [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Promover autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para vestir-se ou despir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao uso de dispositivo para vestir-se ou despir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no vestir-se ou despir-se

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Calçadeira de cabo longo - facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Instruir a vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para vestir-se ou despir-se

27-10-2024 16:00 - facilitadora.

22-10-2024 15:00 - Treinar vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autonomia para vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Refere satisfação com a autonomia para vestir-se/despir-se.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para vestir/despir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar

consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para assistir no vestir-se ou despir-se [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para vestir/despir [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para vestir/despir [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para vestir/despir [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para vestir/despir [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para vestir/despir [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para vestir/despir [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para vestir/despir [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação das necessidades do vestir-se ou despir-se [FIM] 27-10-2024 16:00

Andar

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de mover-se através da marcha

22-10-2024 15:00 - incapaz de realizar a marcha (mover as pernas passo a passo e sustentar o peso do corpo).

22-10-2024 15:00 - Andar comprometido

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do andar

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do andar

27-10-2024 16:00 - Capaz de mover-se através da marcha

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

22-10-2024 15:00 - Prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda

22-10-2024 15:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Promover autonomia para andar

22-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para andar

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para andar

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso no andar

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no andar

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no andar

27-10-2024 16:00 - Consciencialização sobre compromisso no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assistir o cliente na autoavaliação do andar

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar*

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para andar

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade para andar*

27-10-2024 16:00 - Capacidade para andar

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - *Instruir a andar*

22-10-2024 15:00 - *Treinar o andar*

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para andar

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para andar*

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para andar

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Andarilho - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - *Treinar o andar*

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados*

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cliente*

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autonomia para andar*

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autonomia para andar mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover mobilidade através de cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre uso de cadeira de rodas [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre uso de cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00*

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre uso de cadeira de rodas: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Ensinar sobre uso de cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024*

16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar cadeira de rodas [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade para usar cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Instruir a usar cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar a usar cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para usar cadeira de rodas [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia para usar cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para usar cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Treinar a usar cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Elogiar o desempenho do cliente [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da mobilidade através de cadeira de rodas 27-10-2024 16:00 - Mobiliza-se em cadeira de rodas de forma segura e autónoma.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autonomia para mobilizar-se em cadeira de rodas mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de quedas

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

22-10-2024 15:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de

rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Andarilho - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar

consciencialização sobre potencial de autonomia do cliente no andar

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar

27-10-2024 16:00 - Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no andar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador o potencial de autonomia do cliente no andar

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas

27-10-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar capacidade para deslocar o cliente em cadeira de rodas [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Instruir cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para deslocar o cliente em cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Treinar cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: satisfação de necessidades de mobilidade

27-10-2024 16:00 - Familiar dependente mobilizado no espaço do domicílio e ambiente envolvente.

Alimentar-se

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

22-10-2024 15:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

22-10-2024 15:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

22-10-2024 15:00 - Prepara os alimentos para a refeição.

22-10-2024 15:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

22-10-2024 15:00 - Organiza os alimentos para a refeição.

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do alimentar-se

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do alimentar-se

27-10-2024 16:00 - Capaz de levar os alimentos à boca/sonda de alimentação

27-10-2024 16:00 - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Capaz de preparar os alimentos para a refeição

27-10-2024 16:00 - Prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

27-10-2024 16:00 - Capaz de organizar os alimentos para a refeição

27-10-2024 16:00 - Organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - Organiza a medicação conforme horário.

22-10-2024 15:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Corta comprimidos - Prepara a medicação conforme a dose.

22-10-2024 15:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

22-10-2024 15:00 - Administra a medicação pela via adequada.

22-10-2024 15:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

22-10-2024 15:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

22-10-2024 15:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

22-10-2024 15:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

22-10-2024 15:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é

o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Dispositivo: Dispensador diário de comprimidos de quatro compartimentos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [FIM] 27-10-2024

16:00

22-10-2024 15:00 - *Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM]*

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Corta comprimidos - facilitadora.

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente a relação entre o regime medicamentoso e o controlo da pressão sanguínea [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [FIM]* 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Corta comprimidos - facilitadora.

22-10-2024 15:00 - *Instruir a administrar medicação [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - *Treinar a administrar medicação [FIM]* 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autoeficácia para gerir o regime medicamentoso*

27-10-2024 16:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

27-10-2024 16:00 - Dispositivo: Corta comprimidos - necessita ser

melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - *Treinar a administrar medicação*

22-10-2024 15:00 - *Elogiar o desempenho do cliente*

22-10-2024 15:00 - *Analisar com o cliente os resultados alcançados*

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso*

27-10-2024 16:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime medicamentoso mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso*

27-10-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso*

22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso*

22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre resposta à medicação*

22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação*

22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância*

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso*

27-10-2024 16:00 - O cuidador adota parcialmente comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

Padrão alimentar

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Número de refeições diárias: 4.

22-10-2024 15:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

22-10-2024 15:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

22-10-2024 15:00 - Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

22-10-2024 15:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-10-2024 15:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

- 22-10-2024 15:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.
22-10-2024 15:00 - Excesso de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.
22-10-2024 15:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
22-10-2024 15:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

22-10-2024 15:00 - Autogestão do regime dietético

22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: regime dietético

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre regime dietético

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em gorduras

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre cálculo da ingestão nutricional

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre a relação entre o abuso de álcool e medicação

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de

vigilância

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre cálculo da ingestão nutricional

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético através de informoterapia

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre ingestão nutricional e o peso corporal

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético

27-10-2024 16:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético

27-10-2024 16:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime dietético.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime dietético mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

22-10-2024 15:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não dificultador.

22-10-2024 15:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM] 27-10-2024 16:00

- 27-10-2024 16:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM]*
- 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre regime dietético [FIM]* 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre dieta restrita em gorduras [FIM]*
- 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre necessidades de ingestão de líquidos [FIM]* 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre uso de álcool [FIM]* 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre interação entre alimentos e medicação [FIM]* 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre interação entre álcool e medicação [FIM]* 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância [FIM]* 27-10-2024 16:00
- 22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético*
- 27-10-2024 16:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

Padrão de exercício

22-10-2024 15:00

- 22-10-2024 15:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.
- 22-10-2024 15:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.
- 22-10-2024 15:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .
- 22-10-2024 15:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

22-10-2024 15:00 - Autogestão do regime de exercício**22-10-2024 15:00 - Determinar evolução do padrão de exercício**

22-10-2024 15:00 - *Avaliar evolução do padrão de exercício*

22-10-2024 15:00 - Promover autogestão: regime de exercício

- 22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 22-10-2024 15:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre regime de exercício

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre exercício físico

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre ajuste do exercício físico de acordo com resultados de autovigilância

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício através de informoterapia

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e controlo da pressão sanguínea

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre atividade física e o peso corporal

27-10-2024 16:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Analisar com o cliente a relação entre exercício físico e peso corporal

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

27-10-2024 16:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime de exercício.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime de exercício mas disponibilidade para melhorar.

Comportamento de procura de saúde

22-10-2024 15:00

22-10-2024 15:00 - Vacinação: 30-10-2024.

22-10-2024 15:00 - Vacinação para viajante: vacina-se de acordo com o tempo e dose indicados.

22-10-2024 15:00 - Vacinação por exposição ocupacional: vacina-se de acordo com o tempo e dose indicados.

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: vigilância de saúde

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre exames de vigilância de saúde: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar comportamento de procura de saúde

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do comportamento de procura de saúde

22-10-2024 15:00 - Incentivar hábitos de vigilância da saúde

22-10-2024 15:00 - Incentivar participação em rastreios de vigilância da saúde

22-10-2024 15:00 - Incentivar comportamento de procura de saúde: vacinação

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre exames de vigilância de saúde

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre exames de vigilância de saúde

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre exames de vigilância de saúde: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre vigilância da pressão sanguínea

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre vigilância do peso

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre exames sanguíneos

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre consulta de saúde

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão a comportamentos de vigilância de saúde

27-10-2024 16:00 - Realiza, por vezes, vigilância de saúde de acordo com a recomendação.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com a autogestão da vigilância de saúde mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 15:00 - Promover adesão: estilos de vida saudáveis

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre padrão alimentar saudável: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Conhecimento sobre padrão de exercício saudável: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre padrão alimentar saudável

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre padrão alimentar saudável: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre padrão alimentar saudável

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre abuso do álcool

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre padrão alimentar saudável através de informoterapia

22-10-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão de exercício saudável [RESOLVIDO] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre padrão de exercício saudável [FIM] 27-10-2024 16:00

27-10-2024 16:00 - Conhecimento sobre padrão de exercício saudável: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre exercício físico [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [FIM]

27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Ensinar sobre padrão de exercício saudável através de informoterapia [FIM] 27-10-2024 16:00

22-10-2024 15:00 - Avaliar evolução da adesão a estilos de vida saudáveis

27-10-2024 16:00 - Adota parcialmente estilos de vida saudáveis.

27-10-2024 16:00 - Refere insatisfação com os estilos de vida mas disponibilidade para melhorar.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Informar a pessoa sobre a quantidade de líquidos que deve ingerir diariamente (idealmente 30 a 35ml por peso corporal) (DGS, 2024).
- Informar a pessoa sobre a importância do consumo de água diariamente.

Ensinar sobre prevenção de quedas

- 1) Informar a pessoa de que deve manter a cama, a cadeira de rodas e o cadeirão

devidamente posicionados e travados (OE, 2013).

- 2) Informar a pessoa de que deve manter a cama o mais baixa possível (OE, 2013).
- 3) Informar a pessoa de que se deve assegurar de que o chão está limpo e seco (OE, 2013).
- 4) Informar a pessoa de que deve manter o espaço bem iluminado (OE, 2013).
- 5) Informar a pessoa de que se deve assegurar da existência de espaço de circulação e rotação (OE, 2013).
- 6) Informar a pessoa sobre o vestuário e calçado adequado (calças não compridas e sapatos antiderrapantes) (OE, 2013).
- 7) Informar a pessoa sobre condições de saúde que possam aumentar o risco de quedas (OE, 2013).
- 8) Informar a pessoa sobre os efeitos secundários de medicação que possam aumentar o risco de queda (OE, 2013).
- 9) Informar a pessoa sobre a importância de manter as grades da cama (OE, 2013).
- 10) Informar a pessoa sobre a importância do uso da campainha para solicitar ajuda (OE, 2013).

Executar técnica de exercício músculo-articular passivo

- Realizar técnica de exercício músculo-articular passivo do membro inferior direito (a):
 - 1) Realizar técnica de exercício músculo-articular passivo da articulação coxofemural, iniciando com a articulação em extensão, posteriormente flexão até ao limite da amplitude articular (desde que não exista manifestação de dor). De seguida, realiza-se a abdução e adução da anca com o membro inferior em extensão, incidindo mais na adução de forma a contrariar o padrão espástico. Por fim, realiza-se a rotação interna e externa incidindo mais na rotação interna de forma a contrariar o padrão espástico. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
 - 2) Realizar técnica de exercício músculo articular passivo da articulação do joelho, começando pela mobilização da rótula e seguindo-se a flexão e extensão do joelho, até à amplitude máxima da articulação. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
 - 3) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido da articulação tibio társica realizando a inversão e eversão, incidindo mais na eversão de forma a contrariar o padrão espástico. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021).
 - 4) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido dos dedos do pé, realizando em simultânea a flexão e extensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021).

Aplicar ortótese estática de alongamento

- Colocar tala oroinsuflável no membro inferior direita (o):

- 1) Colocar tala oroinsuflável no membro inferior direito com a pessoa deitada (doente não consegue manter-se na posição de pé pelo tempo necessário), com o membro inferior em extensão, colocando o fecho da tala virado para o lado externo. Colocação durante 30 minutos, em 2 sessões diárias (Araújo et al., 2021; Pro-active, 2017).
- 2) Colocar tala oroinsuflável de câmara única no pé direito, com a pessoa deitada, pé em posição neutra (colocar aquando dos exercícios da ponte e da dissociação da cintura pélvica). Colocação durante 30 minutos, em 2 sessões diárias (Araújo et al., 2021; Pro-active, 2017).
- 3) Colocar tala oroinsuflável de dupla câmara no pé direito, com a pessoa de pé, com sapato calçado e pé bem apoiado no chão, articulação tibiotársica num ângulo de 90 graus (para treino de marcha com andarilho). Colocação durante 30 minutos, em 2 sessões diárias (Araújo et al., 2021; Pro-active, 2017).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido

- Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido na Face Direita(o):
 - 1) Realizar exercício músculo-articular ativo-assistido da face, realizando a fixação da comissura labial esquerda, acompanhar a mímica de “soprar” e mobilizar a comissura labial direita. Realizar mínimo 5 repetições em 2 ou 3 sessões diárias (OMS, 2003).
- Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-assistido no Membro inferior Direita(o):
 - 1) Realizar exercício músculo-articular ativo-assistido da articulação coxofemural, iniciando com a articulação em extensão, posteriormente flexão até ao limite da amplitude articular (desde que não exista manifestação de dor), solicitando sempre à pessoa que colabore na mobilização tentando realizar o movimento ativamente. De seguida, realiza-se a abdução e adução da anca com o membro inferior em extensão, incidindo mais na adução de forma a contrariar o padrão espástico. Por fim realiza-se a rotação interna e externa incidindo mais na rotação interna de forma a contrariar o padrão espástico. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
 - 2) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido da articulação do joelho, começando pela mobilização da rótula e seguindo-se a flexão e extensão do joelho, até à amplitude máxima da articulação e solicitando à pessoa que colabore na mobilização. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al, 2021; DGS, 2010).
 - 3) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido da articulação tibio-társica realizando a inversão e eversão, solicitando à pessoa que colabore na mobilização, incidindo mais na eversão de forma a contrariar o padrão espástico. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021).
 - 4) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido dos dedos do pé, realizando em simultâneo a flexão e extensão, solicitando à pessoa que colabore na mobilização. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al.,

2021).

- 5) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido realizando o exercício da ponte com auxílio de uma almofada entre as pernas e solicitando à pessoa que execute o movimento de elevação da pelve, auxiliando-a. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021).
- 6) Realizar técnica de exercício músculo articular ativo-assistido realizando o exercício de dissociação da cintura pélvica, solicitando à pessoa que tente executar o movimento, colocando uma almofada entre as pernas fazendo rotação externa do ombro e simultaneamente, rotação interna do membro inferior e de seguida para o outro lado. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021).

Posicionar em padrão anti-espástico

- 1) Colocar a pessoa em padrão anti-espástico em decúbito lateral direito (lado afetado): manter a cabeça alinhada com o corpo e incliná-la para o lado não afetado (esquerdo), com rotação para o lado afetado, colocando-se uma almofada na cabeça, ajustada à altura do ombro; extensão do tronco; rotação externa e abdução da articulação glenoumeral; extensão do cotovelo, punhos e dedos com a sua abdução, colocando-se uma almofada debaixo do braço; supinação do antebraço e rotação interna e flexão da articulação coxofemural, suportada por uma almofada (Araújo et al., 2021).
- 2) Colocar a pessoa em padrão anti-espástico em decúbito lateral esquerdo (lado não afetado): membro superior direito alinhado com o corpo e apoiado em almofadas mantendo a extensão do cotovelo, punho e dedos; membro inferior em flexão sobre uma almofada e anca em ligeira rotação interna (Araújo et al., 2021).
- 3) Colocar a pessoa em padrão anti-espástico em decúbito dorsal (durante as refeições): joelho em flexão com a articulação coxofemural em flexão, com recurso a almofada colocada na região poplíteia e ligeira rotação interna, devendo o pé ficar todo apoiado na superfície da cama (Araújo et al., 2021).
- 4) Colocar a pessoa em padrão anti-espástico na posição sentado: colocando o membro inferior não afetado (esquerdo) cruzado por cima do membro inferior afetado (direito) e colocar as mãos entrelaçadas sob o joelho do membro inferior não afetado (Araújo et al., 2021).

Executar técnica de treino do equilíbrio estático

- Realizar técnica de equilíbrio estático na posição de sentada (o) sem apoio:
 - 1) Solicitar à pessoa que cruze o membro inferior esquerdo sobre o membro inferior direito, com as mãos entrelaçadas e colocadas abaixo do joelho esquerdo, mantendo posição sem encostar na cadeira (Araújo et al., 2021).
- Realizar técnica de equilíbrio estático na posição de pé:
 - 1) Solicitar à pessoa para manter-se em frente ao espelho quadriculado com os pés afastados à largura dos ombros, informando a pessoa para observar oscilações e corrigir postura (Araújo et al., 2021).
 - 2) Solicitar à pessoa para manter-se em frente ao espelho quadriculado com os pés

afastados à largura dos ombros, com os olhos fechados após estabilização da postura (Araújo et al., 2021).

Executar técnica de treino do equilíbrio dinâmico

- Realizar técnica de equilíbrio dinâmico na posição de deitada (o):
 - 1) Solicitar à pessoa para realizar mobilização da coluna cervical - flexão, extensão, rotação e lateralização. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 2) Solicitar à pessoa que realize mobilização da articulação glenoumeral em todos os movimentos articulares - flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 3) Solicitar à pessoa que realize mobilização da articulação coxofemural em todos os movimentos articulares - flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa (Neste caso, tendo o EEER que auxiliar a pessoa nos movimentos do lado direito). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 4) Solicitar à pessoa que realize mobilização da articulação tibio-társica em todos os movimentos articulares- dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão (Neste caso, tendo o EEER que auxiliar a pessoa nos movimentos do lado direito). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 5) Solicitar à pessoa que realize o exercício de dissociação da cintura pélvica (O EEER auxilia do lado direito), juntamente com exercícios de automobilização dos membros superiores. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 6) Solicitar à pessoa que realize o exercício de ponte (o EEER auxilia o lado direito). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- Realizar técnica de equilíbrio dinâmico na posição de sentada (o) com apoio:
 - 1) Solicitar à pessoa para realizar mobilização da coluna cervical - flexão, extensão, rotação e lateralização, mantendo as mãos apoiadas na cama e pés com apoio total no chão. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 2) Solicitar à pessoa para realizar lateralização do tronco, mantendo as mãos apoiadas na cama e pés com apoio total no chão. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 3) Solicitar à pessoa a transferência de peso corporal para os braços - na posição de sentada na lateral da cama, posicionar ambos membros superiores em extensão para trás do corpo, com as mãos apoiadas e dedos em abdução e incentivar a alternância de transferência do peso corporal entre o membro superior direito e esquerdo (Araújo et al., 2021).
 - 4) Solicitar à pessoa para realizar carga no cotovelo - na posição de sentada e com apoio completo dos pés no chão, lateralizar o tronco para a direita, apoiando o cotovelo, associando o peso da anca homolateral e incentivar à alternância de transferência do peso corporal entre o membro superior direito e esquerdo (Araújo et al., 2021). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
 - 5) Solicitar à pessoa para realizar facilitação cruzada com auxílio do EEER - na posição sentada, colocar as mãos entrelaçadas, realizar movimentos de flexão e extensão do tronco e lateralização para além da linha média indo ao encontro da mão do EEER (Araújo et al., 2021). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- Realizar técnica de equilíbrio dinâmico na posição de sentada (o) sem apoio:

- 1) Solicitar à pessoa que realize facilitação cruzada – na posição de sentada, colocar as mãos entrelaçadas e lateralizar bilateralmente o tronco além da linha média corporal. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia (Araújo et al, 2021).
- Realizar técnica de equilíbrio dinâmico sentado com recurso a bola de pilates:
- 1) Auxiliar a pessoa a sentar-se na bola com pés apoiados no chão e aplicar oscilações anteriores, posteriores e laterais (Araújo et al., 2021). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- 2) Auxiliar a pessoa a sentar-se e levantar-se da bola, de preferência em frente a uma espelho quadriculado (Araújo et al., 2021). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- 3) Solicitar à pessoa para realizar facilitação cruzada com recurso a bola - colocar as mãos entrelaçadas sobre a bola e rolar o máximo para a frente e para o lado não afetado (esquerdo), de forma a inibir a espasticidade (Araújo et al., 2021). Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- Realizar técnica de equilíbrio dinâmico de pé:
- 1) Solicitar à pessoa que, com as mãos apoiadas no fundo da cama, efetue movimentos de flexão, extensão, abdução e adução da articulação coxofemural, alternando entre ambos os membros inferiores. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- 2) Solicitar à pessoa que, com as mãos apoiadas no fundo da cama, efetue movimentos de flexão e extensão do joelho, alternando entre cada membro inferior Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- 3) Solicitar à pessoa que, com as mãos apoiadas no fundo da cama, efetue movimentos de flexão plantar, dorsiflexão, alternando entre cada membro. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- 4) Solicitar à pessoa que, com as mãos apoiadas no fundo da cama, efetue movimentos de flexão, extensão, lateralização e rotação da coluna cervical. Realizar 10 repetições, 3 vezes por dia.
- Notas: Pela condição da pessoa, não foi realizado treino do equilíbrio com apoio unipodal.

Instruir exercícios músculo-articulares

- Explicar sobre exercício músculo-articulares da Face Direita(o)
- 1) Explicar à pessoa como fixar a comissura labial esquerda, acompanhar a mímica de “soprar” e mobilizar a comissura labial direita. Realizar mínimo 5 repetições em 2 ou 3 sessões diárias (OMS, 2003).
- 2) Explicar à pessoa como efetuar os exercícios da mímica facial em frente a um espelho, devendo o EEER efetuar uma ligeira resistência. Realizar mínimo 5 repetições em 2 ou 3 sessões (Araújo et al., 2021):
- a) Unir as sobrancelhas; enrugar a testa; fechar os olhos abruptamente; sorrir; mostrar os dentes; assobiar; encher a boca de ar; depressão do lábio inferior.
- Explicar sobre exercício músculo-articulares do Membro superior Direita(o):
- 1) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular da omoplata com elevação e depressão, rotação medial e rotação lateral com incidência na elevação e rotação lateral. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).

- 2) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular da articulação glenoumeral, com movimentos de hiperextensão, flexão, flexão com rotação superior da omoplata, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna com incidência na rotação externa e abdução. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Stroke Foundation, 2023; Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
- 3) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular da articulação do cotovelo, com movimentos de flexão e extensão, pronação e supinação do antebraço, com incidência na extensão do cotovelo e supinação do antebraço. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
- 4) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular do punho, com movimentos de flexão, extensão, hiperextensão, desvio cubital e desvio radial, com incidência na extensão e hiperextensão do punho. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
- 5) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular dos dedos da mão, com movimentos de flexão e extensão em conjunto do 1º ao 4º dedo, sem tocar nas extremidades, com incidência na extensão; movimentos de abdução e adução do 1º ao 4º dedo, com incidência na abdução; instruir movimentos do dedo polegar, com incidência na abdução e adução, flexão, extensão e oponência. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
- Explicar sobre exercício músculo-articulares do Membro inferior Direita(o):
 - 1) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular da articulação coxofemoral, com movimentos de hiperextensão, flexão, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna com incidência na flexão, adução e rotação interna. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
 - 2) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular da articulação do joelho, com movimentos de flexão e extensão com incidência na flexão; mobilização da rótula no sentido crânio-caudal e latero-medial. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
 - 3) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular da articulação do tornozelo, com movimentos de dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão, com incidência na dorsiflexão e eversão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
 - 4) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular dos dedos do pé com movimentos de flexão, extensão e hiperextensão, com incidência na extensão e hiperextensão. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).

- 5) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular - ponte, com elevação do glúteo direito com ambos joelhos fletidos; instruir o mesmo exercício com flexão do joelho direito, mantendo em extensão o joelho contralateral. Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).
- 6) Explicar à pessoa como realizar exercício músculo-articular - dissociação da cintura pélvica, com movimento de alongamento e rotação do tronco (rotação externa do ombro e rotação interna da articulação coxofemoral). Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).

Instruir a transferir-se

- Explicar à pessoa a transferir-se da cama - cadeira de rodas / cadeira de rodas - cama
- 1) Explicar à pessoa como remover os pedais e o braço da cadeira do lado da cama, colocando a cama e a cadeira lado a lado (OE, 2023).
- 2) Explicar à pessoa como usar as calças durante a transferência a fim de permitir que não haja atrito durante o movimento (OE, 2023).
- 3) Explicar à pessoa como colocar a cadeira de rodas do seu lado esquerdo, com a cama ligeiramente mais alta (lado são, para conseguir efetuar a transferência em segurança) (OE, 2023).
- 4) Explicar à pessoa como ficar sentada na cama, apoiando-se com as mãos, mantendo os pés bem assentes no chão (OE, 2023).
- 5) Explicar à pessoa como levantar o membro inferior são (esquerdo) e inclinar o tronco para o lado direito e colocar a ponta da tábua de transferência na região nadegueira e a outra extremidade no assento da cadeira de rodas (OE, 2023).
- 6) Explicar à pessoa como colocar as mãos em cima da tábua de transferência e posteriormente deslizar sobre ela, até ficar sentada na cadeira de rodas (OE, 2023).
- NOTA:
- Explicar à pessoa que na fase inicial, deve efetuar as transferências sempre pelo lado não afetado.

Instruir a andar

- Demonstrar à pessoa como ajustar o andador à sua altura (apoio de mãos da altura do trocanter e de forma a que os cotovelos fiquem a fazer um ângulo de 25-30 graus).
- Demonstrar à pessoa como retificar o estado de conservação das borrachas das ponteiras do andador.
- Demonstrar à pessoa como efetuar a marcha com o andador:
 - 1) Demonstrar à pessoa como colocar o andador para a frente (OE, 2013).
 - 2) Demonstrar à pessoa como dar um passo com o membro inferior afetado (direito) (OE, 2013).
 - 3) Demonstrar à pessoa como dar outro passo com o membro inferior não afetado (esquerdo), sustentando peso do corpo no andador (OE, 2013).
 - 4) Demonstrar à pessoa como colocar o andador para a frente (OE, 2013).
- Nota: Face ao estado da pessoa, o treino de andador será iniciado à posteriori, sendo

apenas a pessoa instruída do procedimento .

Instruir a erguer-se

- Explicar à pessoa como virar-se de lado para o lado afetado, com o cotovelo desse lado faz carga e colocar a mão do lado não afetado para dar impulso e sentar-se na cama (Araújo et al., 2021).
- Explicar à pessoa como colocar os pés bem assentes no chão e ambas as mãos ao lado do tronco, apoiadas na cama (Araújo et al., 2021).
- Explicar à pessoa como colocar o andarilho em frente a si.
- Explicar à pessoa como erguer-se num impulso só e, de seguida, colocar as mãos no auxiliar de marcha.

Ensinar sobre regime dietético

- 1) Informar a pessoa sobre relação entre regime dietético e controle de doenças (DGS, 2024).
- 2) Informar a pessoa a distribuir os alimentos por 6 refeições diárias (DGS, 2024).
- 3) Informar a pessoa sobre a importância de consumir legumes e que estes devem ocupar $\frac{1}{2}$ do prato (DGS, 2024).
- 4) Informar a pessoa a sobre importância de a proteína ocupar apenas $\frac{1}{4}$ do prato e os hidratos de carbono o outro $\frac{1}{4}$ (DGS, 2024).
- 5) Informar a pessoa sobre a importância da fruta (DGS, 2024).

Ensinar sobre regime de exercício

- Informar a pessoa sobre qual o tipo de exercício adequado à sua condição de saúde (Novo et al, 2021).

Instruir a tomar banho

- 1) Explicar à pessoa sobre a cadeira de banho.
- 2) Explicar à pessoa como sentar-se na cadeira de banho.
- 3) Explicar à pessoa como cruzar os membros inferiores, colocando o afetado (direito), por cima (Araújo et al., 2021).
- 4) Explicar à pessoa como lavar o membro inferior afetado até ao pé (Araújo et al., 2021).
- 5) Explicar à pessoa como descruzar a perna direita e cruzar a esquerda procedendo à sua lavagem (Araújo et al., 2021).
- 6) Explicar à pessoa como repetir o procedimento para a secagem dos membros inferiores (Araújo et al., 2021).

Ensinar sobre prevenção de lesões tegumentares

- Informar a pessoa sobre a importância da auto-vigilância da pele.
- Informar a pessoa sobre como o seu compromisso de sensibilidade é um fator de risco para as lesões do tegumento.
- Informar a pessoa sobre outros possíveis fatores de risco de lesão da pele.
- Informar a pessoa sobre a importância de mudar de posição ao longo da noite.

Instruir a vestir-se ou despir-se

- Explicar à pessoa como vestir a parte inferior do corpo:

- 1) Explicar à pessoa como cruzar as pernas (colocando a perna afetada por cima) (Araújo et al., 2021).
- 2) Explicar à pessoa como vestir primeiro o membro inferior afetado (direito) (Araújo et al., 2021).
- 3) Explicar à pessoa como descruzar os membros inferiores e vestir o membro inferior não afetado, ficando uma das mãos a suportar a perna afetada (Araújo et al., 2021).
- 4) Explicar à pessoa como assumir a posição ortostática com auxílio do EEER (Araújo et al., 2021).
- 5) Explicar à pessoa como puxar as calças para cima e voltar a sentar-se (Araújo et al., 2021).
- Explicar à pessoa como despir a parte inferior do corpo:
 - 1) Explicar à pessoa como assumir a posição ortostática com auxílio do EEER (Araújo et al., 2021).
 - 2) Explicar à pessoa como puxar as calças para baixo e voltar a sentar-se (Araújo et al., 2021).
 - 3) Explicar à pessoa como despir o membro inferior não afetado (esquerdo) (Araújo et al., 2021).
 - 4) Explicar à pessoa como cruzar as pernas (colocando a perna afetada por cima) (Araújo et al., 2021).
 - 5) Explicar à pessoa como despir o membro inferior afetado (direito) (Araújo et al., 2021).
- Explicar à pessoa como calçar/descalçar os sapatos
 - 1) Explicar à pessoa como cruzar os membros inferiores alternadamente (Araújo et al., 2021).
 - 2) Explicar à pessoa como calçar um sapato de cada vez, com auxílio a uma calçadeira de cabo longo (Araújo et al., 2021).

Executar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido

- Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido no membro superior direito:
 - 1) Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido na articulação gleno-umeral, solicitando à pessoa que execute a mobilização, efetuando o EEER força em contrário (ou com halter de 1 kg). Efetuar extensão e flexão até aos 90 graus, Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
 - 2) Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido na articulação do cotovelo, solicitando à pessoa que efetue o movimento de flexão e extensão, efetuando o EEER força em contrário (ou com halter de 1 kg). Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
 - 3) Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido no antebraço, solicitando à pessoa que efetue o movimento de pronação e supinação, efetuando o EEER força em contrário (ou com halter de 1 kg). Realizar 2 a 4 séries de 8 a 12 repetições, 2 a 3 vezes por dia, não ultrapassando o limiar da dor e com intensidade suportável (Araújo et al., 2021; DGS, 2010).
- Realizar técnica de exercício músculo-articular ativo-resistido na face lado direita

realizando a fixação da comissura labial esquerda, acompanhar a mímica de “soprar” e mobilizar a comissura labial direita no sentido oposto ao do movimento, efetuando o EEER força em contrário. Realizar mínimo 5 repetições em 2 ou 3 sessões diárias (OMS, 2003).

Executar estimulação da sensibilidade tátil

- Realizar estimulação da sensibilidade tátil na face lado direito (a):
- 1) Realizar estimulação da sensibilidade tátil da face direita através de massagem dos músculos faciais, segundo a ordem: frontal, prócero, corrugador do supracílio, orbicular dos olhos, levantador da pálpebra superior, levantador da asa do nariz, dilatador transverso do nariz, zigomático menor, zigomático maior, orbicular dos lábios, depressor do lábio inferior e platisma, com recurso a um cubo de gelo, efetuando movimentos circulares. Incidir mais no lado direito da face, por ser o lado afetado, mas massajar também o lado esquerdo a fim de promover estímulos sensoriais simétricos. Realizar 3-5 movimentos em cada estimulação muscular, 2 vezes por dia antes das refeições (Araújo et al., 2021; Tessitore et al., 2009).
- 2) Realizar estimulação da sensibilidade tátil da face lado direito (a), através de uma pequena bola sensitiva.
- Realizar estimulação da sensibilidade tátil do Membro inferior Direita(o).
- Realizar estimulação da sensibilidade tátil do Membro inferior Direita(o) através de massagem terapêutica com auxílio de creme hidratante, efetuando movimentos de deslizamento, fricção e amassamento, durante 5 a 15 minutos.
- Realizar estimulação da sensibilidade tátil do Membro inferior Direita(o) através de bola sensitiva.

Instruir a autoestimulação da sensibilidade

- Explicar sobre a autoestimulação da sensibilidade da Face lado Direita(o):
- 1) Explicar à pessoa como efetuar auto-massagem dos músculos faciais, com movimentos circulares e lentos, com recurso a um cubo de gelo envolto em compressa segundo a ordem: frontal, prócero, corrugador do supracílio, orbicular dos olhos, levantador da pálpebra superior, levantador da asa do nariz, dilatador transverso do nariz, zigomático menor, zigomático maior, orbicular dos lábios, depressor do lábio inferior, platisma. Realizar 3-5 movimentos repetidos em cada estimulação muscular, 2 vezes por dia antes das refeições (Tessitore et al., 2009).
- Explicar à pessoa como realizar autoestimulação da sensibilidade do Membro inferior direita (o):
- 1) Explicar à pessoa como realizar a autoestimulação com recurso à bola sensitiva.
- 2) Explicar à pessoa como realizar automassagem, podendo também efetuar com um cubo de gelo envolto em compressa.

Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- 1) Informar a pessoa sobre quais os alimentos ricos em sódio, que deve evitar (DGS, 2024).
- 2) Informar a pessoa sobre a importância de uma alimentação pobre em sódio, podendo substituir por ervas aromáticas para acrescentar sabor aos alimentos (DGS, 2024).

Ensinar sobre dieta restrita em gorduras

- 1) Informar sobre os alimentos ricos em gorduras saturadas, que deve evitar (DGS, 2024).
- 2) Informar a pessoa sobre alimentos ricos em ácidos gordos insaturados (DGS, 2024).
- 3) Informar a pessoa sobre quais os modos de confeção de alimentos, privilegiando os cozidos e grelhados em detrimento dos fritos e assados (DGS, 2024).

Ensinar sobre a relação entre a ingestão de alimentos e medicação

- Informar a pessoa sobre interação dos alimentos ricos em vitamina K com a medicação antiagregante plaquetária (Klack & Carvalho, 2006).

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Informar a pessoa sobre tipo de exercício que pode efetuar (treino ativo-resistido com pesos).
- Informar a pessoa sobre duração do exercício, devendo ser entre 30 a 50 minutos ou mediante tolerância (Novo et al., 2021).
- Informar a pessoa sobre quando deve parar o exercício, informando sobre como avaliar o seu cansaço.

Ensinar sobre medidas de segurança face ao exercício físico

- Informar a pessoa sobre prevenção de quedas:
 - 1) Cadeira de rodas/ cadeira/ cadeirão com estabilidade, devidamente travados, preferencialmente com braços de apoio.
 - 2) Espaço envolvente desobstruído com o chão limpo e seco.
 - 4) Luminosidade adequada.

Instruir a usar sanitário

- Explicar à pessoa como usar o sanitário estando a usar cadeira de rodas:
 - 1) Explicar à pessoa como transferir-se da cadeira de rodas para a sanita.
 - 2) Explicar à pessoa como colocar a cadeira de rodas o mais próximo à sanita possível, do seu lado não afetado (esquerdo).
 - 3) Explicar à pessoa como colocar a mão esquerda na sanita, a perna esquerda fora da cadeira e impulsionar até ficar sentada na sanita.
 - 4) Explicar à pessoa como utilizar as barras de apoio para se apoiar e levantar-se para efetuar a limpeza do períneo.
 - 5) Explicar à pessoa como após efetuar a limpeza do períneo, sentar-se na sanita e proceder à transferência para a cadeira de rodas.
- Explicar à pessoa como usar o sanitário estando a usar andarilho:
 - 1) Explicar à pessoa como deambular até estar o mais próximo possível da sanita.
 - 2) Explicar à pessoa como colocar a região poplíteia em contacto com a sanita (Araújo et al., 2021).
 - 3) Explicar à pessoa como colocar as mãos nas barras de apoio (Lourenço et al., 2021).
 - 4) Explicar à pessoa como deslizar até ficar confortavelmente sentada (Lourenço et al., 2021).
 - 5) Explicar à pessoa como fazer o movimento contrário para sair da sanita (Lourenço et al., 2021).

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- 1) Manter a cama, a cadeira de rodas e o cadeirão devidamente posicionados e travados (OE, 2013).
- 2) Manter a cama o mais baixa possível (OE, 2013).
- 3) Verificar se o chão está limpo e seco (OE, 2013).
- 4) Manter o espaço bem iluminado (OE, 2013).
- 5) Assegurar a existência de espaço de circulação e rotação (OE, 2013).
- 6) Dar preferência a vestuário e calçado adequado (calças não compridas e sapatos antiderrapantes) (OE, 2013).
- 7) Verificar condições de saúde que possam aumentar o risco de quedas (OE, 2013).
- 8) Verificar efeitos secundários de medicação que possam aumentar o risco de queda (OE, 2013).

Ensinar sobre exercício físico

- 1) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular de bicíptes: na posição de sentada, com flexão e supinação do antebraço e com carga / halter na mão, realizar movimento de flexão, com regresso à posição inicial. Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 2) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular de tricíptes: na posição de deitada, com carga / halter na mão, fazer a extensão dos antebraços; na posição de sentado, extensão dos antebraços com carga / halter ou extensão alternada dos antebraços com carga / halter com tronco inclinado para a frente, ou extensão dos antebraços utilizando banda elástica. Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 3) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular dos ombros: na posição de sentada fazer movimentos de abdução dos membros superiores com carga / halter. Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 4) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular dos peitorais: na posição de deitada ou sentada, realizar movimentos de abdução-adução dos membros superiores com carga/halter ou banda elástica Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 5) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular dos bicíptes femoral: na posição de pé, realizar movimentos de flexão do joelho Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 6) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular do gastrocnémio: na posição de pé, realizar movimentos de extensão da articulação tibiotársica, com elevação dos calcanhares, mantendo o tronco alinhado e os joelhos em extensão Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 7) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular dos adutores / abdutores da anca: na posição de pé, realizar movimentos de adução e abdução (pode ser associado a banda elástica para resistência ou colocar pesos (caneleiras) no terço inferior da tíbia e perónio) Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- 8) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular dos membros superiores com recurso

a pedaleira Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).

- 9) Informar a pessoa sobre fortalecimento muscular membros inferiores através do uso de pedaleira Realizar 3 séries de 10 repetições ou mediante capacidade da pessoa (Couto, et al., 2021).
- NOTA: Os exercícios do membros inferiores serão para a pessoa realizar aquando da força do membro inferior direito e equilíbrio dinâmico restabelecidos

Executar massagem

- Realizar massagem terapêutica, com auxílio de creme hidratante, efetuando movimentos de deslizamento, fricção e amassamento, durante 5 a 15 minutos.

Aplicar frio

- Colocar frio superficialmente, utilizando cubos de gelo dentro de uma luva, efetuando movimentos circulares ao longo do membro inferior.

Instruir a sentar-se

- Explicar à pessoa como sentar-se em cadeira com braços:
- 1) Explicar à pessoa como deslocar-se de andarilho até ao mais próximo possível da cadeira, ficando na posição de costas voltadas.
- 2) Explicar à pessoa como colocar a região poplíteia em contacto com a cadeira (Lourenço et al., 2021).
- 3) Explicar à pessoa como colocar as mãos nos braços da cadeira (Lourenço et al., 2021).
- 4) Explicar à pessoa como sentar-se em posição anti-espástica (colocando o membro inferior não afetado (esquerdo) cruzado por cima do membro inferior afetado (direito) e colocar as mãos entrelaçadas sob o joelho do membro inferior não afetado) (Araújo et al., 2021).
- Explicar à pessoa como sentar-se em cadeira sem braços:
- 1) Explicar à pessoa como deslocar-se de andarilho até ao mais próximo possível da cadeira, ficando de costas para esta.
- 2) Explicar à pessoa como colocar-se de lado, com a face externa do membro inferior em contacto com a cadeira (Lourenço et al., 2021).
- 3) Explicar à pessoa como colocar uma mão nas costas da cadeira e a outra no assento (Lourenço et al., 2021).
- 4) Explicar à pessoa como baixar-se e sentar-se em posição anti-espástica.

3.8. Síntese relativa ao caso

O presente estudo de caso clínico refere-se a uma pessoa com compromisso no sistema neurológico, tendo permitido aprofundar conhecimentos ao nível do processo de reabilitação da pessoa após um AVC e desenvolver competências na implementação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, face às necessidades e problemas identificados.

Na sequência de um episódio agudo de doença, como é o caso de um AVC, reconhece-se que existe uma elevada possibilidade de sequelas que impõem uma situação de dependência da pessoa para o autocuidado e de mudanças complexas no seu quotidiano.

A conceção de cuidados que foi desenvolvida, teve como objetivo a maximização das capacidades da pessoa, tendo sido implementadas intervenções com vista a promover o autocuidado, prevenção de complicações e bem-estar. Para além disto, houve também a preocupação com o regresso a casa, com a distribuição de papéis na família e também com a inclusão social.

Os cuidados diferenciados ao Sr. C. tiveram em consideração um plano de reabilitação precoce e individualizado, assim que as condições clínicas o permitiram, com o intuito de prevenir possíveis complicações e de forma que a sua capacidade funcional fosse recuperada o mais célere possível, promovendo melhoria na qualidade de vida.

A identificação de dados relevantes, através de consulta do processo clínico, entrevista e de avaliação efetuada, possibilitou uma conceção de cuidados centrada nas mudanças ocorridas e com foco na recuperação das funções alteradas.

Estando o Sr. C. a vivenciar uma transição saúde-doença decorrente do evento do AVC foram identificados os fatores inibidores e facilitadores para a realização de AVD's e participação social, nos processos de readaptação e reeducação funcional, promovendo-se o desenvolvimento de estratégias e competências, tendo como base os referenciais teóricos e conhecimento científico.

Face ao referido, o presente estudo de caso permitiu desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em vários domínios, com maior ênfase no domínio da parestesia na face.

Relativamente ao autocuidado, os produtos de apoio selecionados tiveram em conta a sua condição clínico-funcional, a estrutura do edifício residencial e os objetivos específicos da pessoa.

Posto isto, após um evento neurológico agudo, a mobilização músculo-articular deve ser iniciada o mais precocemente possível, pois permitirá conservar a elasticidade dos ligamentos e músculos, evitando contraturas e deformidades, uma vez que a força muscular é um fator preditivo de dependência funcional (Selles et al, 2021).

Nos primeiros dias, os exercícios músculo-articulares no membro superior direito, iniciaram-se de forma ativo-assistida, progredindo para exercícios ativo-resistidos, à medida que o Sr. C. desenvolveu capacidades para progredir na mestria e desenvolveu autoeficácia na sua execução.

Os exercícios incidiram principalmente no hemicorpo afetado, no entanto devem ser realizados

de forma bilateral, evitando o desenvolvimento de problemas osteoarticulares e musculares no hemicorpo não afetado. Assim, os membros não afetados mantêm ou reforçam a sua força muscular, evitando a miopatia de desuso e, auxiliam nos exercícios do hemicorpo afetado. O planeamento, execução e treino dos exercícios músculo-articulares de forma bilateral, traz benefícios acrescidos face ao treino unilateral, uma vez que promovem a neuroplasticidade (Page & Petters, 2014).

Os exercícios implementados respeitaram o posicionamento confortável do Sr. C., alinhamento corporal, tendo sido respeitado o limiar da dor quando considerada a intensidade e amplitude articular máxima. Cada sessão de exercícios teve duas a quatro séries de oito a doze repetições, duas a três vezes por dia, tendo em conta a segurança para os tecidos adjacentes e condição da pessoa (DGS, 2010; Araújo et al., 2021; Stroke Foundation, 2023).

O aumento do tônus muscular decorrente de sequela do AVC, que representa um aumento da resistência ao movimento passivo, que se traduz em espasticidade, apresenta grande probabilidade de desenvolver encurtamento dos tecidos circundantes, levando à restrição de movimento e, por consequência, rigidez articular.

Apesar de não ser completamente reversível, é possível prevenir ou reduzir a sua gravidade através do correto posicionamento corporal em padrão anti-espástico, com maior potencial quando associado a exercícios músculo-articulares, uma vez que o movimento passivo e/ou ativo da articulação favorece a amplitude articular.

No caso do Sr. C., apresenta um aumento do tônus muscular marcado no membro inferior direito, tendo-se integrado no plano de reabilitação, exercícios de forma a reduzir a gravidade. Para além dos exercícios músculo-articulares passivos e posteriormente ativo-assistidos, à medida que houve uma evolução favorável, foi também aplicado tala oroinsuflável e efetuado massagem. A massagem terapêutica permite modular as disfunções musculares e articulares que limitam a amplitude de movimento, alongando os músculos, promovendo a quebra de aderências subcutâneas e aumentando a sensibilidade dos recetores musculares (Tessitore et al., 2009).

O uso de tala oroinsuflável permite a mobilização do membro inferior direito, mantém o alinhamento corporal, estabilidade das articulações, previne o encurtamento muscular, diminui a atividade muscular compensatória e previne contraturas dos tecidos moles. Após o uso da tala e, sabendo que a mobilização fica facilitada pelo relaxamento das fibras musculares, foi realizada mobilização músculo-articular passiva e, posteriormente, foram realizadas mobilizações ativo-assistidas, conforme a evolução do Sr. C.

Face ao referido anteriormente, o objetivo da intervenção especializada do EEER passa por potenciar a recuperação e a funcionalidade do membro afetado e, simultaneamente, prevenir complicações. Na segunda sessão verificou-se uma melhoria no tônus muscular do membro

inferior direito, tendo, segundo a plataforma, evoluído de "elevada resistência muscular ao movimento passivo", para "ligeira resistência ao movimento passivo".

Em relação ao movimento articular no hemicorpo direito, na segunda sessão este mantém-se comprometido, e por isso, segundo a plataforma, com "mobilidade articular limitada" igualmente documentado na primeira sessão.

No que concerne à espasticidade, numa fase inicial o posicionamento anti-espástico foi realizado com auxílio do EEER, tendo-se objetivado a capacitação do Sr. C. para desenvolver as ações inerentes ao correto posicionamento de forma autónoma. Com o posicionamento anti-espástico objetiva-se que o tónus muscular normalize, prevenindo complicações secundárias à diminuição da elasticidade e encurtamento muscular. O posicionamento em padrão anti-espástico em decúbito lateral direito foi sendo privilegiado face ao decúbito lateral esquerdo e ao decúbito dorsal (usado apenas para as refeições), uma vez que melhora a estimulação propriocetiva (Araújo et al., 2021).

No que concerne ao domínio equilíbrio, quer seja estático ou dinâmico, na posição de deitado, sentado ou de pé, o treino deve ser realizado de forma progressiva, mediante a recuperação funcional da pessoa (Lourenço et al., 2021).

Face ao défice do Sr. C., numa fase inicial, o treino do equilíbrio foi realizado inicialmente no leito, deitado e sentado e, o treino do equilíbrio dinâmico em pé, foi iniciado numa fase posterior. Foram realizados diversos exercícios, explicados na especificação das intervenções, sendo que a progressão nos mesmos foi tida em consideração face ao grau de dificuldade do doente. Na segunda sessão verificou-se que não houve melhoria neste domínio.

O compromisso sensorial tátil é frequente após o AVC, sendo uma das consequências que afetou o Sr. C., tendo sido realizada estimulação sensitiva de forma programada e diferenciada, com recurso a diferentes objetos, com diferentes tamanhos, texturas e formas.

Relativamente à parésia na face, foi realizada estimulação da face através da massagem dos músculos faciais com gelo, que proporciona a estimulação dos recetores propriocetivos, de forma a promover o esquema mímico da face, tendo sido incidido sobre os músculos comprometidos. Foram também realizados exercícios ativo-resistidos no lado afetado e realizados ensinamentos sobre exercícios de mímica facial, tendo sido fornecido um folheto com os diferentes exercícios possíveis, de forma a que este, numa fase posterior, se torne autónomo na realização dos mesmos. Na segunda sessão verificou-se melhoria neste domínio.

No que concerne ao domínio do autocuidado, no transferir-se, numa fase inicial a transferência foi realizada pelo lado não afetado de forma a haver uma maior participação do Sr. C. e, à medida que se verifique a recuperação e funcionalidade do lado afetado, deverá ser estimulada e treinada a transferência pelo lado afetado. Esta transferência não foi treinada durante o tempo de acompanhamento do doente, uma vez que este não atingiu, durante esse tempo, a

recuperação do lado afetado, no entanto, foram realizados ensinamentos pois foi perspectivado que o doente atinja alguma recuperação do membro afetado, permitindo assim realizar a técnica. Neste autocuidado, numa fase inicial o Sr. C. usou a tábua de transferência, perspectivando-se que numa fase posterior e, face ao seu potencial, poderá efetuar as transferências sem auxílio do produto de apoio.

No autocuidado tomar banho, o Sr. C. foi instruído sobre as técnicas a usar, usando cadeira de banho e, sobre a importância do uso das barras de apoio no domicílio, sendo incentivado a participar ativamente na concretização das atividades. Durante o acompanhamento do Sr. C., verificou-se que houve ganhos, uma vez que este conseguiu executar a técnica instruída, autonomamente.

Face ao autocuidado vestir, o Sr. C. foi instruído sobre as técnicas a usar, havendo também ganhos uma vez que este, após algum treino e auxílio do EEER, conseguiu a autonomia. Apesar de estar autónomo neste autocuidado, o Sr. C. continuou a ser incentivado ao uso do membro superior e inferior direitos e ao uso de técnicas adaptativas para os autocuidados.

Em relação aos autocuidados, de uma forma sumária, verificou-se uma boa aceitação dos dispositivos propostos, tendo percebido a importância destes para a sua independência, tendo-se verificado que melhorou também a sua capacidade de execução dos autocuidados, deixando de ser necessário assistir nas atividades que concretizam os autocuidados por parte do EEER.

No que concerne o autocuidado andar, numa fase inicial em que o Sr. C. apresentava um grande aumento do tônus muscular no membro inferior direito e, também uma acentuada diminuição da força muscular, pelo que foi incentivado a deslocar-se em cadeira de rodas, tendo sido ensinado a fazê-lo de forma autónoma. Aquando da melhoria do tônus e da força muscular, iniciaram-se os ensinamentos e treino com andarilho, baseando-se no facto de este ter vantagens na promoção do equilíbrio, pois permite o aumento da base de sustentação e estabilidade lateral. Apesar do potencial do doente, por fruto ainda da sua condição motora e de equilíbrio, necessita ainda de treino para melhorar a capacidade para andar com este dispositivo de forma independente, não tendo sido possível observar essa evolução.

Quanto à autogestão do regime medicamentoso é de suma importância, principalmente na continuidade aquando do regresso da pessoa ao ambiente domiciliário devendo o EEER intervir através de técnicas e estratégias que permitam manter a adesão ao mesmo, tendo-se efetuado ensinamentos ao Sr. C. e à sua esposa.

No domínio do padrão alimentar, no contexto da patologia atual e face aos antecedentes do Sr. C. é fulcral a prevenção de complicações. Face ao referido, o ensino relativo aos hábitos dietéticos saudáveis, foi tido em consideração desde uma fase precoce sendo que apenas foi possível avaliar a aquisição do conhecimento transmitido, uma vez que a capacidade para gerir o regime medicamentoso apenas poderia ser avaliado após a alta.

No que concerne o domínio do padrão de exercício, face à condição do Sr. C. e, no ponto de vista interventivo não foi considerado uma prioridade. Uma vez que o doente se encontrava numa fase inicial do seu processo de reabilitação, foi traçado um possível plano de exercício perspectivando uma evolução favorável, no entanto apenas foi dado ênfase aos ensinamentos, de forma a sensibilizar o doente para a importância do exercício físico, contribuindo positivamente para a prevenção de eventos secundários e outras complicações.

Averiguou-se que, nos domínios da força muscular e sensações somáticas, houve uma melhoria, tendo também o Sr. C. sido instruído de forma a ficar autónomo na execução dos exercícios.

Um ponto fundamental para a autonomia do Sr. C., são os dispositivos prescritos pelo EEER e o conhecimento sobre os mesmos, sendo que o doente e a sua esposa se disponibilizaram para adquirir o que fosse necessário. Não foi possível verificar se houve a aquisição do material uma vez que durante o seguimento do doente, este ainda se mantinha internado.

A evolução do Sr. C. foi mediado pela consciencialização facilitadora face à sua condição de vida atual, demonstrando interesse, receptividade e disponibilidade para receber todas as informações facultadas.

No que concerne ao cuidador, que será a esposa do Sr. C., esta sempre se demonstrou interessada e disponível em colaborar na reabilitação do seu marido e, apesar de ser profissionalmente ativa, a sra M. referiu que no seu tempo livre, pretendia ajudar o seu esposo no que lhe fosse possível.

Apesar de interessada e disponível, a Sra. M. demonstrou-se um pouco insegura relativamente a auxiliar o Sr. C. na realização de exercícios muscularto-articulares e, em relação ao treino do equilíbrio, sendo necessário ensinar estratégias para superar os seus receios, não tendo sido possível observar se houve melhoria neste sentido.

Durante o tempo de seguimento do doente e, sempre que a esposa estava presente no horário de visita, foram-lhe efetuados ensinamentos em todos os domínios nos quais o Sr. C. ainda necessitará de intervenção, no domicílio.

No horário de trabalho da Sra. M., o casal decidiu que o Sr. C. iria ter o apoio de uma equipa de apoio domiciliário, uma vez que se prevê que este ainda não esteja totalmente autónomo no momento da alta, necessitando de ajuda essencialmente nas transferências cama-cadeira e na higiene pessoal, uma vez que ainda não se irá conseguir erguer e sentar sem auxílio ou supervisão de outra pessoa, de forma a prevenir possíveis quedas.

Ao longo do tempo de internamento do Sr. C., a sua esposa adquiriu os conhecimentos que lhe foram transmitidos pelo EEER e restantes membros da equipa multidisciplinar, tendo então havido uma evolução positiva, assim como, adquiriu os equipamentos necessários e já mencionados.

Face ao processo de decisão do EEER e, especificamente, à implementação das intervenções, é essencial a continuidade de cuidados, para que se alcance os resultados estabelecidos.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem de Reabilitação, compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, que através da conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem, ajuda pessoas ao longo das etapas do ciclo de vida, em particular no processo de doença, com o objetivo de minimizar sequelas e maximizar o potencial funcional, a satisfação e a independência da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O EEER desenvolve um conjunto de competências comuns, aplicáveis em qualquer contexto da sua prestação de cuidados, para além das competências específicas da especialidade em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 392/2019), partilhando quatro domínios comuns transversais a todos os especialistas, sendo eles domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019).

Neste capítulo irão ser explanadas as atividades que foram desenvolvidas nos contextos clínicos, de forma a atingir as competências comuns, e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para isso, como abordado em capítulos anteriores, foram definidos os seguintes objetivos: desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista; desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e desenvolver competências especializadas para a tomada de decisão clínica de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com paresia na face.

Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns ao EE estão explanadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro no que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e o desenvolvimento de competências nas aprendizagens profissionais.

Nos parágrafos que se seguem, irão ser explanadas as atividades desenvolvidas para cada unidade de competência.

1) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio divide-se em duas competências: desenvolvimento de prática profissional ética e legal na área da especialidade, agindo de acordo com os princípios éticos, deontologia profissional e normas legais e a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Diário da República, 2019).

O desenvolvimento deste domínio decorreu ao longo dos contextos clínicos, no serviço de cuidados intensivos de cirurgia cardiotorácica, ortopedia, unidade de AVC, ECCI, convalescença e pediatria médica, onde se procurou desenvolver uma prática profissional que cumprisse o código deontológico, o regulamento do exercício profissional do enfermeiro e também a carta dos direitos e deveres dos doentes.

Foi desenvolvido um cuidado especializado que respeita o dever de informação, sigilo e esclarecimento da pessoa e sua família, onde sempre foram apresentadas as opções de tratamento de forma a promover a sua autonomia e tentando ir de encontro às suas expectativas, crenças e necessidades, tendo-se sempre o cuidado de garantir a privacidade, confidencialidade e intimidade da pessoa.

Na prática de cuidados, houve sempre a preocupação de cumprir o princípio da justiça e equidade uma vez que em vários locais de estágio, a escassez de EEER levou a que fosse necessário priorizar os cuidados mediante as necessidades das pessoas, tendo-se tentado sempre agir mediante os princípios éticos e legais.

2) Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio divide-se em três competências: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Diário da República, 2019).

Identificar fatores que contribuam para a melhoria da qualidade, envolve a análise e revisão das práticas em relação aos resultados, implicando também avaliar a segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa com necessidades especiais e avaliação dos resultados, para posteriormente implementar programas de melhoria contínua (Diário da república, 2015).

Foram utilizados os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação, de forma a poder verificar a qualidade dos cuidados prestados.

Este domínio de competência foi desenvolvido ao longo dos contextos de estágio, nos locais já previamente descritos, tendo baseado a prática de cuidados nos conhecimentos obtidos no conteúdo teórico do mestrado, atualizando os mesmos sempre que necessário e de acordo com as *Guidelines* mais recentes, assim como através da discussão com orientadores dos diferentes contextos de estágio, contribuindo desta forma para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Nas equipas dos diferentes contextos da prática, foi verificado que todos os EEER e também os enfermeiros de cuidados gerais, tinham a preocupação de realizar ações formativas, efetuar pesquisa de forma a atualizar os seus conhecimentos e também os protocolos existentes nos serviços. Em cada contexto da prática clínica, houve a preocupação de informar sobre os

protocolos existentes, para se poder atuar mediante estes, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados.

Ao longo da prática de cuidados, existiu a preocupação de promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos, contribuindo desta forma para a garantia de um ambiente terapêutico seguro.

3) Domínio da gestão de cuidados

O domínio da gestão é constituído por duas competências: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Diário da República, 2019).

O Enfermeiro Especialista assume um papel na gestão dos cuidados, coordenando, fomentando e incrementando medidas de forma a que possa assumir-se como enfermeiro de referência dos doentes com necessidades significativas, formador, gestor dos cuidados de enfermagem especializados (Santos, 2021).

Nos contextos de estágio, desenvolveram-se competências ao nível da tomada de decisão e de supervisão de tarefas delegadas à equipa multidisciplinar, tendo desta forma sido assegurado e potenciado cuidados seguros e de qualidade. Para que isto fosse possível, as decisões tiveram por base o processo de enfermagem seguindo as etapas: identificação dos domínios; colheita de dados relevantes; definição de objetivos; identificação de diagnósticos de enfermagem; implementação das intervenções e avaliação dos resultados.

Apesar de não ter havido a oportunidade de contacto direto com os enfermeiros gestores respetivos de cada serviço, observou-se e refletiu-se sobre diferentes métodos de gestão que foram observados e em algumas situações discutiu-se com os orientadores sobre diferentes métodos de liderança e gestão de recursos adequada a cada serviço.

Foi observado, em todos os contextos, que o EEER é um elo entre as diferentes equipas hospitalares, desempenhando um papel importante na equipa de referência de cuidados continuados e com a equipa de saúde familiar da residência do doente.

4) Domínio das aprendizagens profissionais

O domínio das aprendizagens profissionais é constituído por duas competências: desenvolver o autoconhecimento e assertividade e basear a sua praxis clínica em evidência científica (Diário da República, 2019).

Neste domínio pretende-se que o enfermeiro especialista demonstre a capacidade de autoconhecimento, revelando a dimensão de si e da relação com o outro, sabendo reconhecer que esta interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (Diário da República, 2019).

Ao longo do tempo de estágio, foi aprimorada a relação empática com o doente e sua família, contribuindo assim para uma relação terapêutica de confiança, permitindo uma maior aproximação com a pessoa e, deste modo, conseguir um plano de reabilitação que seja mais motivador e de acordo com os gostos e crenças do doente.

A oportunidade de aprimorar a comunicação com a equipa multidisciplinar surgiu ao longo do tempo. Apesar da experiência profissional, a comunicação sempre foi um desafio na prática de cuidados, embora tenha evoluído ao longo dos anos. No entanto, a vivência adquirida em diferentes contextos permitiu um significativo progresso nesta área. O contacto com uma diversidade de pessoas e situações contribuiu para o desenvolvimento de uma maior capacidade de autoconhecimento, o que teve um impacto positivo nas relações terapêuticas dentro da equipa multiprofissional.

Durante a realização dos estágios, a prática clínica e conceção de cuidados especializados foi baseada na evidência científica, recorrendo a pesquisa individual e ao conhecimento adquirido nas aulas teóricas e, através de momentos de partilha, interação e reflexão com os orientadores e outros EEER, ciente de que será um trabalho a manter futuramente uma vez que a formação contínua é uma mais valia para a prestação de cuidados de excelência.

Num dos contextos, surgiu a oportunidade de efetuar uma formação em serviço sobre o tema no qual se estava a desenvolver o projeto de competências, sendo ele a “paresia na face”. Esta formação foi uma mais-valia tanto para o desenvolvimento pessoal como também para os formandos, uma vez que os EEER que estiveram presentes, tiveram oportunidade de aprofundar e relembrar algumas temáticas que não são frequentemente abordados na sua prática de cuidados.

Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Neste capítulo irá ser explanado e evidenciado como foram atingidas as competências específicas do EEER, ao longo do percurso nos diferentes contextos de estágio.

Face à adaptação da resposta dos EEER às necessidades de enfermagem especializadas em áreas emergentes e desenvolvimento do conhecimento científico, surgiu a imperatividade de detalhar as competências específicas dos EEER. Assim, foram descritas em diário da república as competências específicas do EEER: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Gaspar et al., 2021).

Face ao referido, o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio de

enfermagem de reabilitação, em pessoas, ao longo do seu ciclo vital, que estão impossibilitadas de executar atividade básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, concebendo, implementando e avaliando os planos e programas especializados, tendo e vista a qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade. Analisa a problemática da limitação/restrrição da atividade, visando o desenvolvimento e implementação de ações autónomas ou multidisciplinares, de acordo com o enquadramento social, político e económico. O EEER interage com a pessoa desenvolvendo estratégias e atividades que permitam maximizar as capacidades funcionais, permitindo um melhor desempenho e desenvolvimento pessoal (Diário da República, 2019).

1) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Esta competência requer que o EEER avalie a funcionalidade e diagnostique alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades; conceba planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; implemente as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade e avalie os resultados das intervenções implementadas (Diário da República, 2019).

O desenvolvimento desta competência ocorreu em todos os contextos de estágio e, refletiu o processo de enfermagem, que se caracteriza pela identificação dos domínios, colheita de dados relevantes para a decisão clínica, identificação de diagnósticos de enfermagem especializados de enfermagem de reabilitação, identificação de objetivos, planeamento e implementação das intervenções específicas e avaliação dos resultados.

Em todos os contextos, nomeadamente cardiorespiratório, ortopedia, unidade de AVC, ECCI, convalescença e pediatria, no início do turno eram verificados os doentes internados e, depois da passagem de turno (à exceção da ECCI em que não se verificava) eram selecionados os doentes nos quais iríamos intervir. Inicialmente essa decisão era discutida com o orientador, mas posteriormente houve autonomia nessa tomada de decisão, com a devida fundamentação, justificando quais doentes considerava mais prioritários.

Após esta decisão, iniciava-se a conceção de cuidados mediante as informações obtidas na passagem de turno, após consulta das notas médicas e processo do doente no clínico.

Previamente à implementação de intervenções, foram definidos objetivos, ajustados à condição e crenças do doente, exequíveis e individualizados, definindo-se também atividades que permitiram definir um plano de intervenção com a finalidade de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. Assim, e de forma a delinear o melhor plano de intervenção, foi necessária

pesquisa de evidência científica nas devidas guidelines, tendo em atenção os recursos existentes e, sempre que necessário foram aconselhados dispositivos de apoio, tendo sido explicado ao doente e família sobre o sistema de atribuição de apoio, ou quando se verificavam situações de carência financeira, encaminhado para o serviço social.

Durante o processo de decisão clínica, teve-se por base a teoria das transições de Afaf Meleis, contribuindo para restabelecer a saúde e bem-estar da pessoa, adquirindo e desenvolvendo competências especializadas de avaliação da pessoa com alterações da funcionalidade e capacidade no autocuidado e integração na sociedade, identificando assim fatores facilitadores e inibidores no processo de transição em saúde. No decorrer do estágio, as transições que surgiram na prática clínica eram sobretudo do tipo saúde/doença, da qual frequentemente emergiram transições situacionais dos respetivos familiares e cuidadores.

Face esta avaliação do doente, foi possível identificar e diagnosticar necessidades de intervenção em determinadas funções, de forma a delinear um plano de intervenção, utilizando a informação recolhida para hierarquizar as principais prioridades.

A fim de sustentar a tomada de decisão, recorreu-se a vários instrumentos de apoio, tais como: NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), MRC (Modified Medical Research Council), Escala de House-Brackmann, Escala de Ashworth, goniometria, Teste de Tinetti, GUSS (Gugging Swallowing Screen), MMSE (Mini-Mental State Examination), Escala de Morse, Escala de Braden, Índice de Barthel.

O plano de reabilitação foi definido de acordo com as crenças da pessoa e sua família e, de acordo com os seus objetivos, motivando-a no sentido de reestabelecer a autonomia, consciencializando-a das alterações decorrentes da sua patologia. Na implementação das intervenções planeadas, teve-se como objetivo a otimização/reeducação da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade, atuando de forma holística e visando a resolução das alterações da função nos referidos níveis.

As atividades de avaliação permitiram avaliar os ganhos obtidos podendo, sempre que necessário, reformular o plano de intervenção e assim, quando se justificou, foram mudados os objetivos e intervenções, com vista a otimizar a função, reeducação funcional e treino da funcionalidade.

Ao longo do estágio de ECCL, houve oportunidade de intervir em doentes com diferentes patologias, tais como adolescentes com paralisia cerebral tendo como consequência a ventilação e limpeza das vias aéreas comprometida. Relativamente a esta patologia foram realizados exercícios de reabilitação respiratória, nomeadamente a técnica de reexpansão torácica, realizando reeducação diafragmática e técnica de mobilização de secreções das vias aéreas através do posicionamento. Realizou-se também a drenagem postural modificada e técnica manual de mobilização de secreções das vias aéreas através de técnicas acessórias

percussão, vibração, compressão e, por último, executada técnica de mobilização de secreções das vias aéreas com dispositivos mecânicos como o cough assist. Em ambos os doentes, foi possível treinar a auscultação dos ruídos adventícios antes e após a intervenção.

Houve contacto com um doente com esclerose lateral amiotrófica, com ventilação comprometida, onde foram realizados exercícios de controlo respiratório através do posicionamento, dissociação dos tempos respiratórios, expiração lábios semicerrados, respiração abdominofragmática e técnica de reexpansão torácica através da reeducação costal e reeducação diafragmática e ensino sobre técnica de tosse dirigida. Foram também realizadas mobilizações osteoarticulares passivas nos membros inferiores e, posteriormente, uso de pedaleira e exercícios de reforço muscular nos membros superiores com recurso a bastão.

Houve também a possibilidade de intervir numa pessoa com doença osteoarticular e parkinson, com diminuição da força muscular e défice de equilíbrio. Foram realizadas mobilizações osteoarticulares ativo-assistidas, treino de fortalecimento muscular dos membros superiores através de dispositivos (garrafas de água de 0,33 litros), fortalecimento muscular dos bicíspites, ombros e peitorais e fortalecimento muscular dos quadricíspites, gastrocnémio, adutores/abdutores, finalizando com treino de marcha com apoio unilateral e treino de escadas com apoio unilateral. Após a intervenção junto dos doentes, foram realizados registos no clínico, altas, admissões e também uma avaliação no sistema Gestcare (que neste contexto é realizada uma vez por mês).

Ao longo de todos os contextos da prática clínica, houve o cuidado e preocupação de conhecer os recursos onde as pessoas se encontravam inseridas, mais notório no estágio de ECCL, visando a promoção do acesso dos doentes e suas famílias, onde por vezes se articulou com instituições para empréstimo de produtos/equipamentos necessários ao doente. Em diversos contextos foi também dado a conhecer aos doentes e famílias os direitos e respetiva legislação das pessoas com alguma deficiência ou incapacidade.

2) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Esta competência requer que o EEER elabore e implemente programas de treino de AVD's (Atividades de Vida Diárias) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida e promova a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (Diário da República, 2019).

A presente competência analisa a deficiência, limitação da atividade/restricção da participação na sociedade, com vista ao desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou multidisciplinares, tendo as atividades desenvolvidas, contribuído para a elaboração e implementação de programas de treino de atividades de vida diária, com vista à adaptação das limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida.

Ao longo dos estágios e nos diversos contextos, os cuidados tiveram por base os três sistemas de prestação de cuidados ,sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório, de apoio-educação, através da metodologia científica do processo de Enfermagem, procurando-se avaliar as necessidades do doente, determinando a sua capacidade para realizar as atividades, assim como o seu potencial de melhoria, tendo em conta diversos fatores, como por exemplo, o seu potencial físico, cognitivo, psicológico e social.

Face ao exposto, foram realizados, ao longo de todos os contextos de estágio, treinos específicos de atividades de vida diária, tendo em vista a capacidade do doente e a possível necessidade de produtos de apoio, tendo sido realizada instrução, treino e supervisão dos mesmos, promovendo a independência da pessoa no autocuidado e facilitando o papel do prestador de cuidados.

Nos contextos, houve a preocupação de manter a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, tendo em conta que para a funcionalidade da pessoa com determinada condição de saúde, contribuem as funções e processos corporais, fatores pessoais e ambientais. A condição da pessoa é um resultado de uma interação multidimensional, pelo que a incapacidade não deve ser diferenciada em função da sua etiologia ou dos diagnósticos, uma vez que pessoas com a mesma etiologia e diagnóstico podem apresentar perfis de atividade e participação social distintas (Ribeiro et al., 2021).

Face ao exposto, objetivou-se que os cuidados prestados fossem adequados à condição da pessoa, não apenas de acordo com a sua incapacidade, promovendo a participação social.

No que concerne à acessibilidade, esta reporta para um conjunto de medidas que asseguram igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência, eliminando barreiras sociais e físicas (Machado, 2017). Ainda relativamente à acessibilidade, estão agregadas várias dimensões, nomeadamente a dimensão arquitetónica, que se observa através das barreiras que favorecem ou não, a restrição ou limitação da atividade e participação social. O papel do EEER é criar condições favoráveis à pessoa com deficiência, adquirir funcionalidade para realizar tarefas de autocuidado, podendo relacionar-se com o meio envolvente, participando ativamente na sociedade.

O Decreto-Lei nº 163/2006 apresenta a legislação específica sobre as barreiras arquitetónicas, sendo uma temática de importância de domínio do EEER, pois através dos seus conhecimentos e sensibilização da comunidade para práticas inclusivas, promove a acessibilidade e inclusão social. As barreiras arquitetónicas são definidas como todas as dificuldades que uma pessoa pode encontrar para desenvolver as suas atividades de forma autónoma: dificuldades de manobra, com desníveis, de alcance e de controle (Ferro & Renner, 2022) e, a identificação destas barreiras no domicílio da pessoa por parte do EEER, permite a inclusão na sociedade e participação nas questões cívicas.

Em diversos contextos de estágio, mas principalmente no estágio de ECCEI, foi possível a identificação de barreiras arquitetônicas no domicílio e, em parceria com o doente ou com a sua família, foi conseguida uma melhoria na adaptação do ambiente familiar de forma a que o doente consiga ser independente no seu lar, melhorando a sua qualidade de vida.

O regresso a casa foi programado de uma forma contínua e estruturada durante o internamento, tendo sido desenvolvidas intervenções no sentido de capacitar a pessoa e o prestador de cuidados sobre a adaptação da habitação. Foram propostas alterações no domicílio de forma a eliminar barreiras arquitetônicas tais como, escadas, rampas, disposição do mobiliário, portas adequadas, casas de banho adaptada, tendo-se envolvido a família, sempre que possível, nos processos de adaptação, uma vez que esta constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento da pessoa, sendo um fator importante na manutenção ou desequilíbrio do estado de saúde e bem estar dos indivíduos (Martins et al., 2012).

Face ao que foi mencionado, a competência "capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania" foi atingida através da concretização das unidades de competência, como foi explicado anteriormente.

3) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Esta competência requer que o EEER conceba e implemente programas de treino motor e cardio-respiratório e, avalie e reformule programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados (Diário da república, 2019).

O EEER detém conhecimentos científicos e técnicos capazes de maximizar a funcionalidade, desenvolvendo atividades que permitam otimizar as capacidades a nível motor, cardíaco e respiratório, promovendo o desenvolvimento pessoal. A prática clínica dos EEER deve partir dos padrões de qualidade, em profunda articulação com as suas competências específicas (Martins et al., 2021)

Ao longo de todos os contextos de estágio, houve a possibilidade de planear cuidados com base na melhor evidência científica, de acordo com as guidelines existentes, tendo sido concebidos programas de treino motor, cardíaco e respiratório, através de instrução e treino de técnicas, com vista à promoção da saúde, à autogestão e independência da pessoa. A prescrição de exercício por parte do EEER deve guiar-se sempre pelos princípios mais atualizados e melhor evidência.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), os programas de atividade física devem incidir sobre exercícios de equilíbrio, marcha, resistência e força, levando a uma redução das quedas e lesões em idosos.

No decorrer dos estágios, foram elencados os domínios de atenção para a Enfermagem de Reabilitação no âmbito cardiorespiratório, musculoesquelético e neurológico, recolhidos dados

relevantes, traçados objetivos, formulados diagnósticos, implementadas intervenções e avaliados os respetivos resultados.

No estágio da componente neurológica, a prática incidiu principalmente sobre alguns domínios tais como, comunicação, movimento corporal, tónus muscular, paresia da face, percepção, deglutição, autocuidado, equilíbrio, cognição, eliminação intestinal, eliminação urinária, sexualidade e negligência unilateral. A nível da componente cardiorespiratória, a prática clínica incidiu principalmente sobre limpeza das vias aéreas, ventilação, intolerância à atividade e autogestão da doença. Relativamente à componente musculoesquelética, os domínios mais usuais e que foram alvo de maior intervenção, foram equilíbrio, andar com auxiliar de marcha, força muscular e autocuidado.

A avaliação e reformulação dos programas em função dos resultados esperados foi realizada através da implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação com segurança e qualidade, com vista à promoção e prevenção de ações que asseguram a capacidade funcional, evitam ou reduzem o impacto das incapacidades de forma a prevenir complicações.

Face ao que foi mencionado, a competência "maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa" foi atingida através da concretização das unidades de competência, como foi explicado anteriormente.

Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa com paresia na face

No que diz respeito aos objetivos específicos relativos ao desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no domínio da paresia na face que foram definidos no módulo I, serão, nos próximos parágrafos, apresentados e explicados de que forma foram atingidos. Seguem-se os objetivos específicos:

1. Desenvolver competências específicas para avaliar e identificar alterações e dados relevantes na pessoa com paresia da face, emergindo como atividades: recolher informação importante e utilizar escalas e instrumentos para avaliação da paresia da face; identificar fatores facilitadores ou inibidores e os aspetos psicossociais que interferem na transição saúde/doença da pessoa com paresia da face; avaliar o impacto que a alteração relacionada com a paresia da face, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e identificar as necessidades de intervenção da pessoa com paresia da face Avaliar o conhecimento e capacidade da pessoa para executar exercícios para melhoria da paresia da face
2. Desenvolver competências específicas para identificar diagnósticos na pessoa com paresia da face, emergindo como atividades: diagnosticar alterações da face relacionadas com paresia; diagnosticar o conhecimento para executar exercícios para a paresia da face e diagnosticar a capacidade para executar exercícios para a paresia da face.

3. Desenvolver competências específicas para identificar objetivos e prescrever intervenções na pessoa com parésia da face, emergindo como atividades: definir juntamente com a pessoa, quais os objetivos a alcançar; planejar as devidas intervenções mediante os objetivos anteriormente traçados; planejar intervenções centradas na melhoria da parésia da face, assim como na capacidade e conhecimento da pessoa sobre a sua patologia
4. Desenvolver competências específicas para implementar intervenções na pessoa com parésia da face, emergindo como atividades: executar intervenções relativas à parésia da face e executar as atividades que concretizem intervenções relativas à parésia da face
5. Desenvolver competências específicas para efetuar a avaliação das intervenções implementadas, emergindo como atividades: monitorizar as intervenções implementadas e os seus resultados obtidos, através da escala de house-Brackmann.

O EEER prepara a pessoa para a transição, desempenhando um papel central neste processo, facilitando a aprendizagem e capacitação para novas competências, definindo intervenções e contribuindo assim, a facilitação do processo de transição.

A fim de facilitar a identificação da parésia na face e planejar intervenções mediante o défice, foi utilizada a escala de house-brackmann. A escala de House Brackmann, permite a diferenciação da parálisia facial em seis graus: 1 - normal; 2 - disfunção leve; 3 - disfunção moderada; 4 - disfunção moderadamente severa e 6 - parálisia total (Araújo et al., 2021). Aquando da avaliação, o EEER deve considerar os músculos supraciliar, frontal, orbicular das pálpebras, risorius, quadrado do mento, bucinador e orbicular dos lábios (Araújo et al., 2021).

No âmbito do processo de tomada de decisão clínica no domínio da parésia na face, a utilização desta escala permitiu a sistematização de dados que sustentam o diagnóstico de enfermagem, permitindo posteriormente a definição e implementação de intervenções especializadas na parésia na face, tal como referido anteriormente nas unidades de competência, das competências específicas do regulamento nº 392/2019.

Ainda relativamente à recolha de dados, e como já referido, estes permitem a identificação de diagnósticos direcionados para a intervenção na área da parésia na face, podendo também ser identificados dados relevantes tais como: alterações da mímica facial; diminuição da força dos músculos da face; língua com desvio lateral; escape anterior da saliva e/ou líquidos e dados e relativos à consciencialização da relação entre os exercícios musculares e o aumento da força dos músculos da face; conhecimento sobre exercícios musculares da face; capacidade para executar exercícios musculares da face (Ribeiro et al., 2021).

Deverão ainda ser avaliados fatores facilitadores ou dificultadores do processo de transição da evolução clínica da pessoa, tais como: capacidade cognitiva; capacidade física; consciencialização das mudanças do seu estado de saúde; força de vontade; envolvimento no processo de aprendizagem; crença demonstrada de que é capaz de recuperar; desejo expresso

de se tornar mais independente (Ribeiro et al., 2021).

Face ao anteriormente explicado e, perante os possíveis dados recolhidos, os diagnósticos possíveis relativos à pessoa com paresia na face, são:

- Paresia na face;
- Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios e mobilidade da face;
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre exercícios musculares da face;
- Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares da face.

Estes diagnósticos podem estar não só relacionados à pessoa afetada, mas também ao seu cuidador ou família.

No que concerne à identificação das intervenções, previamente devem ser definidos objetivos tendo em conta a condição da pessoa, de forma a que estas sejam determinantes para a obtenção de ganhos em saúde, potenciando o máximo envolvimento e participação da pessoa no plano de cuidados. Devem ser também implementadas intervenções no âmbito do conhecimento e capacidade da pessoa, de forma a prevenir complicações na transição saúde/doença, capacitando a pessoa sobre exercícios direcionados para as atividades de vida diárias (instruir e treinar tais estratégias), tornando-a mais autónoma nas AVD's.

As intervenções definidas para a pessoa com paresia na face foram as seguintes:

1. Executar técnica de mobilização dos músculos da face (exercícios passivos, ativo-assistidos e ativo-resistidos);
2. Executar técnicas de estimulação (tátil e térmica);
3. Executar massagem dos músculos da face;
4. Ensinar/Instruir e Treinar sobre exercícios dos músculos da face (exercícios da mímica facial).

No domínio parésia na face, e como já referido anteriormente, a utilização de instrumentos de avaliação como a escala de House Brackmann, permite objetivar os ganhos após aplicação das intervenções específicas, nomeadamente permitirá avaliar a evolução do movimento da face, sendo também necessário monitorizar a força dos diversos músculos envolvidos, assim como da simetria facial. Relativamente aos diagnósticos relacionados com o potencial para melhorar a consciencialização, conhecimento e capacidade, a evolução positivas destes, é essencial para o envolvimento da pessoa. Posteriormente à implementação das intervenções específicas, serão avaliados os resultados obtidos relativamente ao domínio paresia na face, tanto na evolução do défice como relativamente à consciencialização, conhecimento e capacidade.

Os resultados positivos esperados, face às intervenções implementadas serão paresia na face melhorada; consciencialização da relação entre exercícios e mobilidade da face melhorada;

conhecimento sobre exercícios musculares da face melhorado e capacidade para executar exercícios musculares da face melhorada.

Face ao exposto, o desenvolvimento das etapas para a tomada de decisão do EEER assume a identificação dos problemas visando as competências específicas do EEER (previamente abordado em parágrafos anteriores), no que diz respeito ao domínio da paresia na face.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório surgiu no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, objetivando-se a reflexão crítico-reflexiva acerca do desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEER ao longo dos contextos de estágio e também sobre o desenvolvimento de competências especializadas na tomada de decisão clínica em enfermagem de reabilitação no domínio da parésia na face.

No que se refere às competências comuns do EE, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram devidamente desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio. A aplicação destas, permitiu uma atuação coerente e profissional nos cuidados prestados, alinhada com os valores éticos e legais da profissão.

Relativamente ao desenvolvimento das competências específicas do EEER, o trabalho com pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida foi central, sendo implementados cuidados especializados com foco na capacitação da pessoa e na promoção da funcionalidade. Cada competência foi abordada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, a reintegração social e a participação ativa dos pacientes na sociedade. O EEER tem um papel crucial na reabilitação funcional, intervindo em áreas como a reeducação respiratória, cardíaca, cognitiva, sensorial, e na gestão do autocuidado, contribuindo diretamente para a restauração da autonomia das pessoas e, para o seu bem-estar, garantido cuidados especializados e centrados nas suas capacidades.

A importância do EEER fica evidenciada quando a pessoa usufruiu de cuidados de enfermagem especializados centrados e orientados para a promoção das suas capacidades. Esta prática especializada, baseada nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, promove a melhoria dos cuidados juntos dos doentes, outros profissionais e público, garantindo: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

A intervenção do EEER na pessoa com parésia na face, especificamente, revelou-se de extrema importância. A escolha desse domínio, já iniciada no Módulo I do estágio, esteve motivada pelo interesse pessoal e profissional em aprofundar conhecimentos e práticas na reabilitação de pessoas com parésia na face, resultante de acidente vascular cerebral. O estudo de caso apresentado neste relatório ilustra a aplicação das competências adquiridas, evidenciando as intervenções implementadas e os resultados alcançados, com destaque para a complexidade de

pessoas e a relevância da abordagem especializada.

No que concerne ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem de reabilitação no processo de tomada de decisão clínica no domínio da parésia na face, foi conseguida ao longo de diferentes contextos de estágio, tendo a opção por este domínio surgido já na unidade curricular anterior “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I”, por questões de ordem pessoal e profissional.

O estudo de caso anteriormente apresentado pretende demonstrar os cuidados e os respetivos resultados alcançados, na pessoa com necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo que a escolha do referido caso residiu principalmente no facto de ser um doente com uma condição complexa, onde existiu a possibilidade de implementar intervenções em vários domínios, nomeadamente no da paresia na face, no qual foi fundamental a intervenção do EEER.

Relativamente aos aspetos facilitadores para a realização do presente relatório, de salientar a disponibilidades dos EEER encontrados ao longo dos diferentes contextos de estágio, sempre prestáveis em auxiliar no que fosse necessário e sempre disponíveis a esclarecer qualquer dúvida que surgisse, mesmo sendo estas relativas ao domínio em estudo e, a sua vasta experiência dos EEER permitiu o melhor desenvolvimento das competências dos EEER.

Para além dos aspetos facilitadores, existiram também os aspetos dificultadores durante a realização do relatório e, também dos estágios. O facto de os dias de estágio em cada contexto serem poucos, levou a que o acompanhamento dos doentes não fosse o esperado, limitando a possibilidade de constatar uma evolução mais significativa, principalmente por se tratar de um doente do foro neurológico em que os resultados surgem, de uma forma mais lenta e gradual, não tendo sido possível acompanhar essa evolução, apesar do potencial do doente. Relativamente à gestão do tempo de entrega do relatório, realização de estágios, preocupação em desenvolver todas as competências comuns e específicas, foi gerador de grande ansiedade tendo-se tornado um grande desafio, principalmente quando ainda tendo se ser conciliado com a vida profissional e familiar.

No entanto, apesar das dificuldades, consideram-se atingidos os objetivos da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”. O estágio proporcionou uma aprendizagem reflexiva e enriquecedora, permitindo a atualização e o aprofundamento dos conhecimentos, a aquisição de novas competências e a aplicação de práticas que contribuem diretamente para o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEER. Este processo foi enriquecido pela interação com profissionais experientes, pela troca de conhecimentos e pela constante busca pela melhoria dos cuidados prestados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abe, H., Kondo, T., Oouchida, Y., Suzukamo, Y., Fujiwara, S., & Izumi, S. (2012). Prevalence and length of recovery of pusher syndrome based on cerebral hemispheric lesion side in patients with acute stroke. *Stroke*, 43(6), 1654-1656. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.638379>
- Abreu, J. (2015). Minimizar a espasticidade no doente na pessoa acometida por AVC. *Ordem dos Enfermeiros*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalMarmeleiros_MinimizarEpasticidadePessoaAcometidaAVC_Madeira
- Alvarenga, M. T., Avelino, P. R., de Menezes, K. K., Texeira-Salmela, L. F., Faria, C. D., & Scianni, A. A. (2023). Deficits in dynamic balance were the motor impairments that best explained limitations in community ambulation after stroke. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(2), 145-151. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.07687-6>
- Amaral, R., Mourão, A., Barreto, S., Simões, T. & Vicente, L. (2021). Selfperception of facial paralysis and sociodemographic-clinical conditions of post-acute stroke patients: association analysis 34(2), 3-4. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2022v34i2e54511>
- Antunes J, Justo F, Justo A, Ramos G, Prudente C. (2016). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Fisioter SFun. Fortaleza*, 5(1): 30-41.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Formasau.
- 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. *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp.198-199). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Barros, A. (2006). Correlação entre os Achados Clínicos da deglutição e os Achados de Tomografia Computadorizada de Crânio em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico na fase Aguda da Doença. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64 (4), 1009-1014.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Formasau.
- Barros, I. C. (2023). Cuidar da higiene pessoal: um autocuidado do domínio de atenção de enfermagem de reabilitação. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1517273>

Batista, A., Saldanha, A. & Furtado, F. (2017). Auto conceito masculino e auto cuidado em saúde. *Scielo Portugal*, 18 (3). <https://doi.org/10.15309/17psd180318>

Berge, E., Whiteley, W., Audebert, H., Marchis, G. M., Fonseca, A. C., Padiglioni, C., Strbian, D., Tsivgoulis, G., Turc, G. (2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *Eur Stroke J.*; 6(1), I-LXII. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33817340/>

Borges, M. F., Silva, M. L., Souza, R. A., & Santos, T. R. (2020). Um corpo: cartografando trajetórias de vida de sujeitos com sequelas de acidente vascular cerebral. *Cadernos de Terapias Ocupacionais da UFSCar*, 28(2), 345-358. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/8RjWrBSPfskK3HwbmL7sLtp/>

Carrasco, G., Vélez, A. (2018). Fisioterapia en la parálisis facial. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 11 (4), 258267. Fisioterapia en la parálisis facial. - Detalhes do registo - EBSCO Discovery Service

Casaburi, R. & Zuwallack, R. L. (2009). Pulmonary rehabilitation for management of chronic obstructive pulmonary disease. *The new England journal of medicine* vol 360, 1329-1335 <https://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMct0804632>

Castro, P., Mendonça, M., Abreu, P., Monteiro, M., & Silva, E. (2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa. *Sinapse*. 8 (1), 67-68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17258668/>

Costa, N. (2019). Treino orientado para a tarefa em doentes com AVC: um modelo de intervenção em reabilitação. (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10198/19563>
Direção Geral de Saúde [DGS] (2021). Unidades de AVC: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Direção de Serviços de Planeamento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Couto, G., Silva, R., Mar, M. & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorespiratório. In Ribeiro, O. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação - conceções e práticas* (pp. 250-259). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda

Cruz, I., Pereira, F., Queirós, C., Machado, N., Gonçalves, V., & Bastos, F. (2025). Significados atribuídos à autogestão do regime medicamentoso: resultados preliminares de uma scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 6(Sup). Recuperado de <https://doi.org/10.51126/ce4dzp30>

Diário da República. (2015). Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho. *Diário da República*, 2ª série, nº 119
Lopes, C. (2008). Espaço AVC - O essencial sobre o acidente vascular cerebral

(AVC). Saúde Pública, 66.

Diário da República. (2019). Regulamento do Título de Especialista em Enfermagem. Diário da República, 2ª série, nº 134, de 12 de Julho de 2019

Direção-Geral da Saúde. (2010). Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Direção Geral de Saúde (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto: circular normativa nº 015/2017 de 13/07/2017.

Direção-Geral da Saúde. (2024). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>

Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., Clavé, P., Glahn, J., Hamdy, S., Pownall, S., Schindler, A., Walshe, M., Wirth, R., Wright, D., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, 6(3), LXXXIX-CXV. <https://doi.org/10.1177/239698732111039721>

Engler, T. M., Dourado, C. C., Amâncio, T. G., Farage, L., de Mello, P. A., & Padula, M. P. (2014). Stroke: bowel dysfunction in patients admitted for rehabilitation. *The open nursing journal*, 8, 43-47. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010043>

Esteves, M. (2018). Exercícios terapêuticos no doente após Acidente Vascular Cerebral Revisão Sistemática da Literatura. (Relatório de estágio, Instituto Politécnico de Bragança). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10198/17732>
Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2012). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente. 1ª edição. Loures: Lusociência.

Ferro, B. & Renner, J. (2022). As barreiras arquitetónicas e sociais da inclusão: A percepção dos usuários de cadeira de rodas. *Oculum Ensaio- Revista de Arquitetura e Urbanismo*, 19. <https://doi.org/10.24220/2318-0919v19e2022a5041>

Gaspar, J., Loureiro, G. e Novo, A. (2021). Padrões de qualidade e indicadores de resultado em Enfermagem de Reabilitação. In Ribeiro, M. (2021), *A importância da Enfermagem de Reabilitação na promoção de saúde e qualidade de vida* (pp. 1-20).

Galvão, M. & Janeiro, V. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Biblioteca virtual em saúde*, 17 (1), 225-230. <v17n1a19.pdf> (bvs.br)

Hall, J. (2000). *Biomecânica Básica*. Guanabara Koogan. International Council of Nurses (2019). *International Classification for Nursing Practice - ICNP Browser*. Acessível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnpbrowser>

Klack, K., & Carvalho, J. (2006) Vitamina K: metabolismo, fontes e interação com o anticoagulante varfarina. *Scielo Brasil* (46) 6. <https://doi.org/10.1590/S0482-50042006000600007>

Leandro, T. A. (2021). Eliminação urinária prejudicada em pacientes com acidente vascular cerebral. Tese de doutorado, Universidade Federal do Ceará. Recuperado de <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/61869>

Lima, F. P., Silva, J. P., Oliveira, A. L., & Costa, R. M. (2023). Avaliação da Percepção Corporal em Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral. *Revista Brasileira de Terapias Ocupacionais*, 31(1), 45-52. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/339547481_Avaliacao_da_Percepcao_Corporal_em_Pacientes_Pos-Acidente_Vascular_Cerebral_AVC

Lima, K. M. do N., Tenório, J. P., Almeida, G. de F., Santos, M. B. de S., & Andrade, K. C. L. de. (2017). Reabilitação auditiva após acidente vascular encefálico: tratamento de distúrbios do processamento auditivo em pacientes com acidente vascular encefálico com sistema de frequência modulada pessoal (FM). *Distúrbios Da Comunicação*, 29(1), 185-188. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i1p185-188>

Lopes, A. C. M. (2019). Análise dos fenômenos incontinência fecal e constipação intestinal após acidente vascular cerebral. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará. Recuperado de <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/47610>

Lopes, S. & Mendes, V. (2013). Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf>

Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R. & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*, (pp. 321-322). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda

Mallo-López, A., Cuesta-Gómez, A., Fernández-Pardo, T. E., Aguilera-Rubio, Á., & Molina-Rueda, F. (2024). Influence of Impaired Upper Extremity Motor Function on Static Balance in People with Chronic Stroke. *Sensors*, 24(13), 4311. <https://doi.org/10.3390/s24134311>

Marinho-Buzelli, A. R., Piccolo, L. R., & Marzouqah, L. (2024). Intervenção precoce na reabilitação pós-AVC. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais*, 20(1), 45-52. Recuperado de <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/download/10943/12767/57483>

Martins, M., Fernandes, C., & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de

enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira Enfermagem*, 65 (4), 685-690.

Ma, S., Fan, X., He, Y., Li, C., Qu, D., & Man, Y. (2023). Effectiveness and safety of digital rectal stimulation and abdominal massage for neurogenic bowel dysfunction in stroke patients: a randomized controlled trial protocol. *Trials*, 24 (1), 633. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07678-2>

Meleis, A (2010). *Transitions Theory: Midle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York : Springer Publishing Co. Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência. Ordem dos Enfermeiros, 2018. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dospadrões-qualidade-ceer.pdf

National Clinical Guideline for Stroke. (2023). *National Clinical Guideline for Stroke for the UK and Ireland*. London: Intercollegiate Stroke Working Party. Available at: www.strokeguideline.org

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). *Stroke rehabilitation in adults: NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236>

Norkin, C. & Levangie, K. (2001). *Articulações: Estrutura e funções*. Revinter. Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In Ribeiro, O. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação - conceções e práticas* (pp. 76-81). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda

Novais, S., Abreu, D., Magro, L., Gilde, P., Pereira, S., Bastos, C., & Carvalhais, M. (2023). Conhecimento sobre o regime medicamentoso das pessoas idosas: estudo descritivo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 49-59. Recuperado de <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.260>

Novo, A., Mendes, E., Lopes, I., Preto, L., Loureiro, M., & Delgado, B. (2021). A atividade física e o exercício físico. In Ribeiro, O. (Ed.), *Enfermagem de reabilitação - conceções e práticas* (pp. 76-81). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda

Oliveira, C. (2015). "Autocuidado: gerir regime medicamentoso": uma revisão integrativa da literatura- contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados de Enfermagem. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/10771>

Ordem dos Enfermeiros, 2007. *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. *RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf* (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro*

especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa, Portugal.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos, transferências e treino de deambulação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas: prescrição de dispositivos e produtos de apoio no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31056/gobpdispositivosprodutosapoio_v8_ok.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2003). Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral. Porto Alegre. Artmed.

Page, S. J., & Peters, H. (2014). Mental practice: applying motor PRACTICE and neuroplasticity principles to increase upper extremity function. *Stroke*, 45(11), 3454–3460.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.004313>

Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areais, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, O. Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas (pp.67-75). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Pimenta, E. (2018). Recuperar a expressão facial após parésia facial central - Implicações na prática de Enfermagem de Reabilitação. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Repositório Científico de Acesso Aberto. Mestrado - Enfermagem - Enfermagem de Reabilitação - Eduardo Luís Cortesão Pimenta - Recuperar a expressão facial após parésia facial central....pdf (uevora.pt)

Pinto, M. (2022). A pessoa com compromisso na deglutição por paresia facial central pós Acidente Vascular Cerebral - desenvolvimento de um programa de enfermagem de reabilitação. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. D2021_10002922101_21929003_2 (1).pdf

Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos De Enfermagem - Conceitos e Procedimentos. (5ª edição). Loures: Lusociência.Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República: II série, n.º 85/2019, 13565 - 13568.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., & Tirschwell, D. L.

(2019). Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic stroke: a Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 50(12). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000211>

PRO-Active approach to Neurorehabilitation integrating air splints and other therapy tools. (2017). Theoretical framework, clinical management and application of the Urias Johnstone air splints [PDF]. Retrieved from: https://www.panat.info/Pub/PANat_TF-UG_2017_HQ.pdf

Ramos, M. A. et al. (2021). Impacto da hemiparesia no controle motor fino de pacientes pós-AVC. *Revista Brasileira de Reabilitação*, 29(4), 118-125. DOI: 10.5935/1679-5150.20210012.

Rea, P. (2014). *Clinical Anatomy of the Cranial Nerves*. Elsevier

Ribas, B. (2019). Influência do estado nutricional na recuperação funcional em sobreviventes de AVC: revisão sistemática da literatura. (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10198/20483> Stroke Foundation. (2023). Clinical guidelines for Stroke Management - Chapter 4 of 8: Secondary prevention . <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>

Ribeiro, O. (2021). *Enfermagem de Reabilitação. Conceções e práticas (1ª ed.)*. Lisboa. Lidel.

Ribeiro, T. A., & Andrade, S. R. (2021). Sistema cardiovascular no contexto pós-acidente vascular cerebral: implicações clínicas e terapêuticas. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 34(1), 50-55. <https://doi.org/10.5935/2238-9210.20210008>

Sá, N. M., Oliveira, F., Sacramento, C. L., Oliveira, I., & Almeida, F. (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. Recuperado de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/265>

Santos, J., Martins, M., & Campos, C. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: ganhos com a intervenção dos enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 79-85. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.6.5799>

SBV/ILCOR. (2021). Tópicos Avançados em Cuidados de Longa Duração e Suporte - Atualização 2021 (TACLS). Recuperado de <https://portal.sbv.org.br/wp-content/uploads/2021/10/TACLS-Update-2021.pdf>

Selles, R., Andrinopoulou, E., Nijland, R., Van der Vliet, R., Slaman, J., Van Wegen, E., et al. (2021). Computerised patient-specific prediction of the recovery profile of upper limb capacity within stroke services: the next step. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 92(6), 574-581.

Silva, D. B. R., Costa, A. G. de S., Oliveira, A. R. S. de, Silva, V. M., Araujo, T. L. de, & Lopes, M. V.

de O. (2013). Comunicação verbal prejudicada: investigação no período pós-acidente vascular encefálico. *Rev Rene (Online)*, 14(5), 877-885. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706492>

Silva, R. L., Costa, M. G., & Lopes, S. L. (2020). Arritmias e complicações cardiovasculares no pós-AVC: abordagem clínica e terapêutica. *Cardiology in Review*, 15(3), 245-250. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2020.02.004>

Stroke Foundation. (2023). Australian and New Zealand Living Clinical Guidelines for Stroke Management - Chapter 5 of 8: Rehabilitation. https://files.magicapp.org/guideline/22b1bf78-2d8d-4ec3-9411-3f96e5dd4b1a/published_guideline_6841-10_1.pdf

Sullivan, M., Li, X., Galligan, D., & Pendlebury, S. (2023). Cognitive Recovery After Stroke: Memory. *Stroke*, 54(1), 44-54. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.041497>

Teasell, R. & Hussein, N. (2020). Stroke Rehabilitation Clinician Handbook. [http://www.ebrsr.com/](http://www.ebrsr.com/Teasell, R. & Hussein, N. (2020). Stroke Rehabilitation Clinician Handbook. http://www.ebrsr.com/)

Teasell, R., Iruthayarajah, J., Saikaley, M., & Longval, M. (2020). Rehabilitation of Cognitive Impairment Post Stroke. *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*. http://www.ebrsr.com/sites/default/files/documents/Executive%20Summary%20Total%202020_JI.pdf
Vallerand, A.; Sanoski, C.; Delingh, J. (2016). Guia Farmacológico para Enfermeiros, 14ª Ed. Lusodidacta. International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>.

Tessitore, A.; Paschoal, J. & Pfeilsticker, L. (2009). Avaliação de um protocolo da reabilitação orofacial na paralisia facial periférica. *Rev CEFAC*, 11 (3), 432-440, <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700019>

Vallerand, A.; Sanoski, C.; Delingh, J. (2016). Guia Farmacológico para Enfermeiros, 14ª Ed. Lusodidacta. International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>.

WHO (2021). Guideline on self-care intervention for Health and well-being. World Health Organization.

Williams, M. P., Srikanth, V., Bird, M., & Thrift, A. G. (2012). Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke--a longitudinal population-based study. *Age and ageing*, 41(3), 371-376. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs009>

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for adult stroke

rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association. *Stroke*, 47(6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>

Yilmazer, C., Boccuni, L., Thijs, L., & Verheyden, G. (2019). Effectiveness of somatosensory interventions on somatosensory, motor and functional outcomes in the upper limb post-stroke: A systematic review and meta-analysis. *NeuroRehabilitation*, 44(4), 459-477. <https://doi.org/10.3233/NRE-192687>

Zhang, T., Yao, Z., Chen, F., Wang, J., Shi, W., Zheng, J., Zhang, Z., & Chen, Z. (2024). Enhancing Upper Limb Function and Motor Skills Post-Stroke Through an Upper Limb Rehabilitation Robot. *Journal of Visualized Experiments*, (66938). <https://doi.org/10.3791/66938>