



**MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**Reabilitação Cognitiva à pessoa com Acidente
Vascular Cerebral: intervenção do enfermeiro
especialista em enfermagem de reabilitação**

Ana Patrícia Chastres Nunes



**Lisboa
2022**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Relatório de Estágio

**Reabilitação Cognitiva à pessoa com Acidente
Vascular Cerebral: intervenção do enfermeiro
especialista em enfermagem de reabilitação**

Ana Patrícia Chastres Nunes

Orientador: Professora Doutora Vanda Lopes Costa Marques Pinto
Coorientador: Professor Ricardo Jorge Vicente de Almeida Braga

Lisboa
2022

AGRADECIMENTOS

Concluído este percurso académico com a realização do presente Relatório de Estágio, gostaria de agradecer aos que contribuíram direta e indiretamente para a sua concretização:

- Ao Professor Ricardo Braga, pelo acompanhamento durante todo o processo de aprendizagem e aquisição de competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que incluiu a elaboração do Projeto e Relatório de Estágio, mas também, a orientação nos contextos de Ensino Clínico, desafiando-me constantemente na procura por conhecimento científico que suportasse a minha prática de cuidados e na procura por novas estratégias de intervenção, fomentando o exercício da minha capacidade de análise crítica sobre os achados;

- Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio e enfermeiros constituintes das equipas de cuidados que integrei durante os Ensinos Clínicos, pela disponibilidade demonstrada em me acolherem na equipa, por partilharem o seu conhecimento relacionado com realidade de cuidados em que desenvolvem a sua atividade profissional, mas também, por demonstrarem igualmente interesse e curiosidade no meu percurso formativo, proporcionando reflexões conjuntas sobre os cuidados de enfermagem;

- À família e amigos, pelo apoio incondicional durante todo o processo e pelo incentivo à ação, nos momentos de maior desmotivação e exaustão;

- Por fim, aos meus colegas de trabalho e em especial à minha equipa, pela paciência e compreensão que demonstraram ao longo de muitos meses, às vezes suportando as minhas birras e amuos decorrentes do meu cansaço extremo.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ARN – Association of Rehabilitation Nurses

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FMAC – Força Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos

MCD – Meios Complementares de Diagnóstico

MMSE – Mini Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Projeto de Estágio

PNS – Plano Nacional de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

PTA – Prótese Total da Anca

PTJ – Prótese Total do Joelho

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RM – Ressonância Magnética

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SNC – Sistema Nervoso Central

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – World Health Organization

RESUMO

A mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mundo e em Portugal, encontra-se em decréscimo nas últimas décadas. Contudo, a taxa de incidência tem apresentado um comportamento contrário.

Do AVC decorrem alterações neurológicas, constituindo-se como um acontecimento crítico que despoleta no indivíduo/família, um processo de transição. As alterações da função cognitiva, apresentam impacto na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida: provocam uma redução na eficiência do funcionamento, diminuição da *performance* nas Atividades da Vida Diária (AVD) e dificuldade de adaptação.

A reabilitação cognitiva baseia-se na neuroplasticidade, ou seja, promove processos de reestruturação, investindo na capacidade do Sistema Nervoso Central em modificar-se e reorganizar-se a nível estrutural e funcional.

Os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) à pessoa com AVC, iniciam-se com uma avaliação neurológica sistematizada e criteriosa, para mensuração dos défices e dos ganhos em saúde obtidos através da implementação de programas de reabilitação que incluam a dimensão cognitiva. Estes planos de cuidados contemplam a execução de tarefas terapêuticas exercitadas repetidamente, relacionadas com o autocuidado e/ou direcionadas para o treino da função lesada. As estratégias de intervenção do EEER podem ser de reestruturação ou compensatórias e é a sua mobilização conjugada que torna o programa de reabilitação mais efetivo.

Sobre a reabilitação cognitiva, não existem estudos que comprovem inequivocamente as vantagens e os ganhos em saúde e da funcionalidade da pessoa. No entanto, por não existir impacto negativo, devem ser implementados estes programas de reabilitação, porque haverá maior probabilidade de trazer algum benefício comparativamente com a não atuação.

O Relatório de Estágio constitui-se como um instrumento metodológico, que sintetiza as aprendizagens e demonstra o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, através da descrição, análise e reflexão das atividades realizadas durante o Ensino Clínico, que decorreu em contexto hospitalar e comunitário.

Palavras-chave: Reabilitação Cognitiva, Enfermagem, Acidente Vascular Cerebral, Neuroplasticidade, Negligência Espacial Unilateral, Transição

ABSTRACT

Mortality from Stroke in the world and in Portugal has been decreasing in recent decades. However, the incidence rate has shown an opposite behavior.

A stroke results in neurological changes, constituting a critical event that triggers a transition process in the individual/family. Changes in cognitive function have an impact on functionality, autonomy, and quality of life: it causes a reduction in functioning efficiency, decreased performance in Activities of Daily Living (ADL) and difficulty in adapting.

Cognitive rehabilitation is based on neuroplasticity, which promotes restructuring processes, investing in the ability of the Central Nervous System to modify and reorganize itself at a structural and functional level.

The care provided by the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (EEER) to the person with stroke begins with a systematic and careful neurological assessment, to measure the deficits and health gains obtained through the implementation of rehabilitation programs that include the cognitive dimension. These care plans contemplate the execution of therapeutic tasks exercised repeatedly, related to self-care and/or directed to the training of the injured function. The EEER intervention strategies can be restructuring or compensatory and it is their combined mobilization that makes the rehabilitation program more effective.

About cognitive rehabilitation, there are no studies that unequivocally prove the advantages and gains in health and functionality of the person. However, as there is no negative impact, these rehabilitation programs should be implemented, as they will be more likely to bring some benefit compared to not acting.

This report is a methodological instrument, which summarizes the learning and demonstrates the development of common and specific competences of the

RNS, through the description, analysis and reflection of the activities carried out during the internships, which took place in a hospital and community context.

Keywords: Cognitive Rehabilitation, Nursing, Stroke, Neuroplasticity, Unilateral Spatial Neglect, Transition

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1.1. A pessoa com Acidente Vascular Cerebral	8
1.2. Intervenções do EEER na Reabilitação Cognitiva	11
1.3. Contributos do Referencial Teórico de Meleis	16
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	19
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	20
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional ética e legal	20
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	27
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	37
2.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	43
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	47
2.2.1. Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	47
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	61
2.2.3. Maximização da funcionalidade de desenvolvimento das capacidades da pessoa.	70
3. AVALIAÇÃO	74
4. CONCLUSÃO	81
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO	
ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO AVC	
ANEXO III – LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DAS LESÕES CEREBRAIS NO AVC SEGUNDO Hawser (2004)	
ANEXO IV – ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM: AFASIA	
ANEXO V – BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DA REABILITAÇÃO COGNITIVA SEGUNDO BOAKE (1991, 2003)	

ANEXO VI – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO PADRÃO COGNITIVO-PERCETUAL

ANEXO VII – GUIÃO DE ENTREVISTA E DE OBSERVAÇÃO

ANEXO VIII – EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

ANEXO IX – EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR E DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS DA OROFARINGE

ANEXO X – *KIT* PARA REABILITAÇÃO DA MOTRICIDADE FINA

ANEXO XI – ESCALA DE BORG MODIFICADA: ESTÁ CANSADO? SENTE FALTA DE AR?

ANEXO XII – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E MOTORA APÓS INFEÇÃO POR COVID-19: PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA E DO EXERCÍCIO

ANEXO XIII – PRESCRIÇÃO DE TREINO: REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E AUMENTO DA TOLERÂNCIA AO ESFORÇO E EXERCÍCIO

ANEXO XIV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO EEER)

ANEXO XV – ESTUDO DE CASO

ANEXO XVI – TESTES DE AVALIAÇÃO DE NEGLIGÊNCIA ESPACIAL UNILATERAL

ANEXO XVII – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO SR. J. (ESCALAS E TESTES)

ANEXO XVIII – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO SR. R. (ESCALAS E TESTES)

ANEXO XIX – MOTRICIDADE FINA: LABIRINTO

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégias de Intervenção na Reabilitação cognitiva

16

INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório de Estágio surge no âmbito do XI Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, constituindo-se como uma proposta decorrente da unidade curricular de Opção II, a qual está contemplada no segundo semestre do plano de estudos do referido curso. Segundo o Regulamento de Mestrados em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2019), o ciclo de estudos de mestrado é orientado numa perspetiva de “reforço da formação teórica e teórico-prática, numa determinada área do saber” e que culmina com elaboração de um trabalho final, o qual proporciona o “reforço e desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema” (ESEL, 2019). Estes objetivos vão ao encontro do Artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março e sem alterações ao regime jurídico correspondente ao Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, onde é referido que o plano de estudos conducente com o grau de mestre deve contemplar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”.

O quadro nacional de qualificações para o Ensino Superior em Portugal está assente nos Descritores de Dublin e, segundo o Artigo n.º 18 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, gostaria de destacar o descritor correspondente ao grau de mestre, que designa o seguinte: “O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais”. Assente numa perspetiva de desenvolvimento de competências, este documento apresenta-se como o resultado final do processo de estudos que permitirá a aquisição do grau de Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Reabilitação (EEER) e que através da sua discussão pública, possibilita a obtenção de grau de mestre.

Neste contexto, o Relatório de Estágio trata-se de um instrumento metodológico, que permite sintetizar aquilo que foi a minha aprendizagem no desenvolvimento de competências do EEER, concedendo visibilidade ao percurso desenvolvido, através da descrição, análise e reflexão das atividades realizadas durante o período de Estágio que decorreu entre novembro de 2020 e abril de 2021.

Relativamente à temática do Relatório de Estágio, optei pelas intervenções do EEER no âmbito da reabilitação cognitiva do cliente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que a justificação da sua escolha assenta em cinco determinantes: pessoais, profissionais, académicas, repercussões no indivíduo/cuidadores e no impacto social. Quanto à patologia, o AVC continua a ser uma doença com grande expressividade a nível mundial e nacional pela sua incidência e repercussões em termos de morbilidades associadas. O doente com AVC, na sua maioria com indicação cirúrgica, constitui-se como um dos clientes da minha prática diária de cuidados, dado que exerço funções num serviço de neurocirurgia. Pelo contacto permanente com o doente com lesão cerebral, resultou no meu crescente interesse pelas neurociências. Acrescenta o facto, do meu serviço ter na sua constituição um grupo de EEER, sendo inevitável que a maioria dos enfermeiros fique imbuída com o “espírito de reabilitação”, nomeadamente nos doentes com défices neurológicos onde se inclui a alteração da função cognitiva. No entanto, ainda é uma realidade no meu serviço, que a reabilitação cognitiva se encontra remetida para segundo plano, comparativamente com a reeducação funcional respiratória ou motora.

Considero que ao explorar e aprofundar esta temática, advêm contributos para o meu processo de formação em enfermagem de reabilitação e, também, para a evolução da própria disciplina de enfermagem, com o desenvolvimento e divulgação de novos conhecimentos nesta área de intervenção. Referindo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014), as intervenções autónomas do EEER na função cognitiva pertencem às Área de Investigação Prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025.

Considerando o intuito desta etapa final do percurso acadêmico, que pressupõe o desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER, defini como objetivos gerais para meu percurso de aprendizagem, os seguintes: (1) Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na reabilitação cognitiva da pessoa com alteração da função cognitiva decorrente do AVC em processo de transição; (2) Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na promoção do processo de reabilitação da pessoa e sua família. Para operacionalizar os objetivos gerais, defini seis objetivos específicos, que se encontram no Projeto de Estágio (ver Anexo I) e que serão analisados no terceiro capítulo do presente Relatório

Posto isto, optei pelo seguinte tema para o meu Relatório de Estágio: as intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação no âmbito da reabilitação cognitiva do doente com AVC. Tendo em conta o tema e para dar resposta aos objetivos apresentados, estruturei o Relatório de estágio dividido em cinco capítulos: **(1) Enquadramento Teórico**, dividido em três subcapítulos, os quais refletem a fundamentação teórica relativa à problemática do AVC, as intervenções do EEER na reabilitação cognitiva e, por último, os contributos do Referencial Teórico de Meleis na abordagem do tema em estudo; **(2) Análise crítica das atividades desenvolvidas para aquisição das competências em enfermagem de reabilitação**, onde será descrito o trajeto percorrido para desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEER; **(3) Avaliação**, que inclui uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas em articulação com os objetivos específicos do meu Projeto de Estágio; **(4) Conclusão** do Relatório de Estágio.

Relativamente ao período de Ensino Clínico (EC), decorreu em dois contextos de prestação de cuidados distintos: o primeiro, correspondeu a uma experiência hospitalar de internamento numa Unidade de AVC inserida num hospital central de Lisboa; o segundo, desenvolveu-se num contexto comunitário numa ECCI. A sugestão da escola para realização do EC nestes dois contextos evidenciou-se como uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem,

reunindo-se as condições para desenvolvimento da temática do meu projeto que está alicerçada na Teoria das Transições de Meleis e também, por permitir uma experiência diversificada, considerando que a natureza da intervenção do EEER desenvolve-se em todos os contextos da prática de cuidados, num registo de continuidade. A especificidade do primeiro local de estágio, permitiu o desenvolvimento de competências na área da reabilitação cognitiva e, em conjugação com o segundo campo de estágio, sendo mais abrangente no que se refere à situação de saúde-doença da população admitida pela ECCL, permitiram que estivessem reunidas as condições para desenvolver competências técnicas, científicas e humanas do EEER na promoção do processo de reabilitação da pessoa e sua família.

Este Relatório de Estágio cumpre as normas do Novo Acordo Ortográfico. A formatação e referência bibliográfica foram elaboradas de acordo com as Normas APA e ISO 690 (NP 405), como preconizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Mundialmente, e segundo o boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2016, o AVC é a segunda causa de morte e a terceira causa de deficiência, sendo igualmente o principal responsável por situações de demência e de depressão (WHO, 2016). No mesmo boletim, consta que em média, a incidência do AVC ocorre em indivíduos no pico da sua idade produtiva, sendo indiscutível o impacto no desenvolvimento socioeconómico dos países. Em 2019, 63% dos AVC ocorreram em pessoas com menos de 70 anos, pelo que a World Stroke Organization (2022) afirma que já não se constitui como uma doença característica da pessoa idosa (Feigin et al., 2022).

Os números relativos à mortalidade por AVC no mundo, encontram-se em decréscimo nas últimas décadas (Purroy e Montalà, 2021) e Portugal encontra-se também no mesmo caminho descendente pois, se em 2015 no relatório de Doenças Cérebro-Cardiovasculares assinalam que foi a primeira vez que se verificou um valor inferior a 30% no seu peso relativo, também no PNS (2022) referem uma redução na taxa de mortalidade padronizada das doenças cerebrovasculares de menos 42,2%. Embora se observe uma diminuição da taxa de mortalidade, a taxa de incidência a nível mundial, tem apresentado um comportamento contrário. Segundo Feigin et al (2022), de 1990 a 2019 o AVC aumentou a sua incidência em 70% com impacto na qualidade de vida dos sobreviventes, observando-se um aumento de 143% dos anos de vida perdidos-ajustados por incapacidade (DALY).

Recentemente, com a publicação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 (DGS, 2022), da análise da informação epidemiológica sobre o risco de morrer, de adoecer e de sofrer de incapacidade em Portugal, onde se inclui igualmente o impacto previsto da pandemia de COVID-19, identifica-se como uma prioridade das necessidades da população residente em Portugal, as doenças do

aparelho circulatório, onde se inclui o AVC. O mesmo documento destaca que vários peritos nesta área referem que os efeitos da COVID-19 poderão influenciar a saúde cardiovascular e as taxas de mortalidade por muitos anos, direta ou indiretamente, “como resultado da procura tardia de cuidados nos casos de AVC e enfarte agudo do miocárdio e do aumento dos riscos relacionados com o estilo de vida durante e após a pandemia” (DGS, 2022, p.174).

As doenças cerebrovasculares, nomeadamente o AVC, traduzem consequências incapacitantes com impacto ao nível do indivíduo e cuidadores. Segundo Association of Rehabilitation Nurses (ARN, 2011) está associado ao AVC uma elevada taxa de morbilidade, em que apenas 10% recupera quase totalmente, sendo que 40% necessitam de cuidados por incidência de problemas graves/severos. De entre os défices decorrentes do AVC encontra-se as alterações da capacidade cognitiva (ARN, 2011), constituindo-se como uma das causas mais relevantes da disfunção cognitiva no adulto, corroborado por Smith, Bloom, & Minniti (2010).

O AVC é uma das doenças cerebrovasculares que se caracteriza por uma interrupção da perfusão sanguínea cerebral (Smith, Bloom, & Minniti, 2010). Trata-se de uma doença de início súbito de um défice neurológico por mecanismo vascular em que ocorre uma perda abrupta da função do tecido cerebral, contudo mantem-se viável caso a recuperação da perfusão seja conseguida dentro de horas (Hawser, 2004). No Anexo II, encontra-se a classificação do AVC segundo os critérios da OMS de 2018.

Algumas das estratégias de intervenção face às necessidades de saúde identificadas relativas ao AVC para a população portuguesa que constam no PNS 2021-2030, passam pela prevenção, mas também pela recuperação e/ou melhoria do acesso às Vias Verde do AVC, prevenção de complicações ou agudizações de doença crónica, onde se incluem os programas de reabilitação após-AVC (DGS, 2022, p.182).

Posto isto, as alterações ao nível funcional incluem-se num espectro amplo de sequelas permanentes ou não, sobre as quais é necessário intervir enquanto

enfermeira especialista de reabilitação. Genericamente, e segundo Silva (2010), as alterações funcionais manifestadas pela pessoa com AVC poderão ser agrupadas do seguinte modo: paralisia e alterações da motricidade, alterações na alimentação e eliminação; alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais. Sendo uma doença de etiologia vascular, os défices que daí decorrem estão diretamente relacionados com os territórios irrigados pelas principais artérias que compõe o sistema vascular cerebral (ver Anexo III). Sobre os défices neurológicos expectáveis e referidos no Anexo III, e remetendo-me para o tema do Relatório de Estágio, são as alterações cognitivas decorrentes do AVC que carecem de uma abordagem mais detalhada neste trabalho.

De facto, o AVC é uma das causas mais relevantes da alteração da capacidade cognitiva no adulto (Smith, Bloom, & Minniti, 2010). Segundo as *guidelines* da *American Stroke Association* (Winstein, C. J. et al, 2016), os défices cognitivos persistem em mais de um terço dos sobreviventes após 3 e 12 meses do AVC. A mesma fonte (2016) adianta, que estas alterações podem persistir durante anos e estão associados a diminuição do tempo de vida, deficiência grave e aumento da taxa de institucionalização dos indivíduos.

Impõe-se definir o que se entende por cognição e, segundo Aird (2011), trata-se de um processo de conhecimento e inclui a discriminação e a seleção da informação relevante, a aquisição de informação, conhecimento e a sua retenção, a expressão e a aplicação do conhecimento apropriadamente na situação concreta. Por outro lado, Cumming, Marshall & Lazar (2012), corroborado pela *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), enunciam de modo mais detalhado a ideia anterior, referindo que a cognição não é um conceito unitário e que inclui múltiplos domínios, nomeadamente, a **atenção** (mudar, partilhar ou manter a atenção num estímulo ou tarefa específica), a **execução** (planear, pensamento abstrato, organizar os pensamentos, controlar e inibir), alteração da **perceção espacial** (aptidão para procurar visualmente informação, desenhar ou recriar imagens visuais, manipulação mental de objetos em 2 ou 3

dimensões, construir), a **memória** (recordar e reconhecer a informação visual e verbal, episódica ou semântica), a **linguagem** (expressão e compreensão, tanto na oralidade como através da escrita, ver Anexo IV). Assim, e segundo Aird (2011), uma pessoa após o AVC poderá ter de lidar com lapsos de memória e de atenção; dificuldade na organização, planeamento e na resolução de problemas; desinibição e défice na consciência sobre si e sobre o meio que o envolve.

Conclui-se, portanto, que o défice cognitivo poderá ser considerado como uma redução na eficiência, na frequência e na persistência do funcionamento, diminuição da efetividade na performance das AVD ou na dificuldade de adaptação a novas ou a situações problemáticas que se apresentam (Aird, 2011). A área da reabilitação da função cognitiva adquire expressividade e pertinência, devendo ser iniciada por uma correta avaliação por parte do profissional de saúde que identifique os compromissos cognitivos e físicos do cliente, de modo a implementar um conjunto de intervenções/programa de reabilitação estruturado e fundamentado (Hoeman, 2011), com repercussões ao nível da melhoria da sua funcionalidade e da conseqüente melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da sua família.

1.2. Intervenções do EEER na Reabilitação Cognitiva

O termo “reabilitação cognitiva” surgiu após a I Guerra Mundial consolidando-se na II Guerra Mundial, com a sobrevivência de soldados que sofreram importantes lesões cerebrais e para os quais foram desenvolvidas estratégias de tratamento para as sequelas neurológicas daí resultantes (Boake, 1991). Ao providenciar-se encaminhamento especializado de clientes com lesão cerebral nestas épocas históricas, permitiu uma maior documentação dos programas de reabilitação cognitiva e dos resultados obtidos, nomeadamente, no domínio da neuropsicologia, da reabilitação vocacional e das terapias dirigidas para a pessoa com alteração do discurso/linguagem (Boake, 2003). Depreende-se pelo exposto, que as bases da reabilitação cognitiva assentam nestes dois

períodos de guerra, encontrando-se no Anexo V, um resumo mais detalhado sobre estes dois períodos históricos.

A reabilitação cognitiva baseia-se na **neuroplasticidade**. Trata-se da promoção de processos de reestruturação, investindo na capacidade do SNC em modificar-se e reorganizar-se a nível estrutural e funcional, na recuperação da região de penumbra e na mobilização de outras áreas cerebrais não afetadas para assumirem funções das áreas lesadas (Maia, Correia e Leite, 2009). Assim, e segundo os mesmos autores (2009), o conhecimento dos mecanismos de plasticidade sináptica e de recuperação funcional orienta a formulação dos princípios básicos e modelos de reabilitação, enquanto o conhecimento dos fatores prognósticos permite a sua avaliação racional.

Da pesquisa realizada, emerge a importância da mobilização de instrumentos/escalas de avaliação do doente com alterações da função cognitiva decorrente do AVC, no sentido de identificar o tipo e o grau de incapacidade inicial, e posterior monitorização dos resultados obtidos. Assim, verifica-se o seguinte cenário: estudos onde são apenas utilizadas as escalas de avaliação das alterações da função cognitiva (Korner-Bitensky, Barrett-Bernstein, Bibas, & Poulin, 2011); e outros em que mobilizam as escalas de avaliação cognitiva em conjunto com a avaliação da funcionalidade do cliente nas suas AVD, sendo este último grupo de estudos, aquele que ganha maior expressividade na bibliografia consultada (Winkens, Heugten, & Fasotti, 2011). Segundo as *guidelines* do *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), a recomendação vai ao encontro da utilização do instrumento MoCA (Montreal Cognitive Assessment) pela facilidade de aplicação em contexto de prática clínica, podendo ser a avaliação complementada com o MMSE (Mini-Mental State Examination), apesar de apresentar limitações em termos de avaliação das funções executivas e da memória. O instrumento MoCA é igualmente recomendado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2016). Outros instrumentos poderão ser utilizados, não havendo consenso; por exemplo a utilização da torre de Hanói para identificação de alterações nas funções executivas, sendo que a

falha/dificuldade na sua resolução, indica alterações na flexibilidade de planeamento (Maia, Correia e Leite, 2009). Complementarmente, deve ser realizado a todos os indivíduos suspeitos ou com confirmação de diagnóstico de AVC, uma avaliação recorrendo à escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), estando preconizada para a avaliação da severidade dos défices neurológicos. Esta escala está dividida em 11 categorias, numa escala de 0 a 42, contemplando a avaliação do nível de consciência, desvio ocular, função motora e sensitiva dos membros e ataxia (Hui, Tadi e Patti, 2020); correspondendo um score mais elevado, a uma oclusão proximal da artéria.

Quanto aos programas e estratégias de intervenção específica na promoção da reabilitação cognitiva, os estudos apontam para dois tipos de abordagem: a **compensatória** (Winkens, Heugten, & Fasotti, 2011; Korner-Bitensky, Barrett Bernstein, Bibas, & Poulin, 2011; Koh, Hoffmann, Bennett, & McKenna, 2009; Mizuno, Tsujimoto, & Tsuji, 2021) e a **reestruturação cognitiva/aprendizagem** (McEwen, Polatajko, Huijbregts, & Ryan, 2010). Os autores Pyun, Yang, Lee, Yook, Kwon, & Byun (2009) consideram que, tendo em conta o défice de evidência científica relativo à eficácia das intervenções acima referidas, consideram que é a mobilização destas duas estratégias de reabilitação cognitiva de modo conjugado, que torna o programa de reabilitação mais efetivo. Neste mesmo estudo (2009), são consideradas intervenções com benefício ao nível da reabilitação cognitiva, a conjugação de exercícios académicos (ex.: cálculo e leitura), com treino assistido por computador, uso de ajudas externas, o treino de competências comunicacionais, exercício físico e farmacoterapia. Também Maia, Correia e Leite (2009) corroboram a utilização destas duas estratégias de intervenção, considerando que são as que reúnem maior consenso, estando assentes na repetição, para estimulação do processo de resposta, quer de tarefas isoladas, como processos relacionados com as AVD ou na até na realização de exercícios leitura, escrita e cálculo. Sobre a abordagem compensatória, os mesmos autores (2009), referem que quando não é possível restituir a função

cognitiva, podem ser sugeridas estratégias compensatórias (como o recurso a agendas ou sistema de *post it* como auxiliar de memória).

Encontramos importantes *guidelines* com foco na reabilitação de défices cognitivos específicos, cuja fundamentação encontra-se assente em revisões da literatura mais recente, como *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), *National Stroke Association* do Japão (2011) e a *American Heart Association* (Winstein, C. J. et al, 2016). Verifica-se que nas referidas *guidelines*, assim como nas Revisões Sistemáticas da Literatura (RLS) consultadas da base de dados *Cochrane*, que a evidência científica sobre as intervenções/programas de reabilitação na área cognitiva é de fraca qualidade, relacionado com reduzida produção de trabalhos de investigação e com a dificuldade em realizar estudos metodologicamente fidedignos para serem incluídos nas RSL.

Tabela 1. Estratégias de Intervenção na Reabilitação Cognitiva

	Reestruturação	Compensatória
Memória	<ul style="list-style-type: none"> Δ fomentar a formação de imagens mentais e tarefas de tentativa-erro acompanhadas por profissional; Δ exercícios de organização semântica. 	<ul style="list-style-type: none"> Δ utilização de estratégias eletrónicas e não eletrónicas como auxiliares de memória, como agendas, caderno de apontamentos, mensagens de voz, alarmes; Δ tarefas de tentativa-erro acompanhadas por profissional.
Perceção visuo-espacial	<ul style="list-style-type: none"> Δ estimulação sensorial do lado afetado com água fria ou estímulo vibratório; Δ rotação corporal para o lado negligenciado; Δ realidade virtual. 	<ul style="list-style-type: none"> Δ <i>prism therapy</i>, onde são usadas lentes para deslocar a imagem visual, facilitando o varrimento visual; solicita-se a realização de exercícios de repetição de apontar e rodar o corpo para determinados alvos; aumenta a consciencialização do lado negligenciado e a integração corporal. Δ terapia de espelho
Atenção	<ul style="list-style-type: none"> Δ gestão do ambiente com a diminuição de estímulos; Δ realização de uma tarefa de cada vez; Δ repartir uma atividade/processo em etapas; Δ estabelecer intervalos durante a execução de tarefas; Δ promover a atividade física, como estratégia protetora do declínio cognitivo, ao aumentar a vascularização cerebral e a diminuição da prevalência de sintomas depressivos. 	
Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Δ o tratamento para melhorar a comunicação deve incluir a terapia da fala, para promover a produção e 	<ul style="list-style-type: none"> Δ utilização de alternativas comunicacionais como cartões com ilustrações;

	compreensão de palavras, frases e do discurso (incluindo leitura e escrita); Δ o treino por repetição palavras/frases para promoção da articulação de palavras; Δ projeção de voz e incentivar ritmo no discurso; Δ participação em conversas.	Δ recurso alternativo comunicacional através da escrita, gestos ou recursos eletrónicos.
Funções executivas	Δ inclui o treino da memória e da atenção; Δ promoção do planeamento e organização de tarefas/atividades; Δ treino de estratégias de resolução de problemas, por repetição para se tornar automático; Δ promoção da consciência sobre a execução da tarefa/desempenho por <i>feedback</i> do profissional ou visualização de gravação de vídeo.	Δ escrita das estratégias e/ou recurso métodos eletrónicos, como guião para resolução de problemas.

Outra componente da reabilitação cognitiva, diz respeito à inclusão da família no planeamento dos cuidados. De facto, esta constitui-se como um aliado e também como fator que influencia o processo de transição, devendo ser ensinada e treinada sobre estratégias para lidar eficazmente com as alterações cognitivas no seu quotidiano, nomeadamente sobre estratégias compensatórias, estratégias comunicacionais (falar calmamente, conceder tempos de resposta alargados, realizar com perguntas simples de preferência de resposta binária) e portanto, proporcionar simultaneamente um ambiente calmo e estimulante (Maia, Correia e Leite, 2009), face às necessidades do indivíduo.

Assim, os objetivos dos profissionais de reabilitação que cuidam de clientes com patologia de AVC: identificar o significado das diferentes atividades; providenciar o acesso a suporte/ajuda e tratamento para sintomas debilitantes como a fadiga a confusão; intervir na adequação das respostas emocionais e comportamentais dos doentes às suas novas condições; trabalhar com as redes sociais mais alargadas que podem oferecer suporte ao doente; suportar a adaptação a uma alteração do modo de vida (Robison, Wiles, Ellis-Hill, McPherson, Hyndman, & Ashburn, 2009).

A reabilitação destes clientes tem-se focado sobretudo na reabilitação funcional motora para aquisição de independência ao nível das Atividades de Vida Diárias (AVD). Contudo, a cognição desempenha um papel determinante no potencial de reabilitação do cliente, pois a aprendizagem de novas estratégias e

competências para desempenhar com sucesso as AVD, exige que esteja mantida a capacidade do cliente em pensar e processar a informação. (Hoeman, 2011)

1.3. Contributos do Referencial Teórico de Meleis

Como referido anteriormente, o AVC é um problema de saúde pública tendo em conta os dados da sua incidência ao nível da população mundial e nacional. Esta realidade traduz a emergência de situações de transição em pessoas que lidam com a incapacidade, perda de autonomia e comprometimento do autocuidado, o que acarreta novos desafios para os enfermeiros, e em especial para os enfermeiros de reabilitação. No domínio da enfermagem o conceito de transição é abordado desde a década de 80, sendo Meleis a autora de referência. Chick & Meleis (1986) definem transição como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Neste sentido, e reportando-me às competências do EEER, a este compete a conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas ao auto-controlo e no processo de transição saúde-doença ou incapacidade (OE, 2010). Assim, a mobilização da teoria de médio alcance de Meleis permite compreender e facilitar a experiência de transição dos clientes que necessitam de cuidados de enfermagem especializados.

Como primeiro passo para a elaboração e implementação de um programa de reabilitação eficaz, Hoeman (2011) refere que consiste numa avaliação inicial rigorosa, onde se mobilize os dados quanto às capacidades cognitivas anteriores e após a lesão cerebral, identificando as potencialidades e as debilidades do cliente sobre esta função. Os domínios que o enfermeiro deverá considerar na sua avaliação cognitiva são a atenção, a função executiva, a perceção, a memória, o desempenho motor, a linguagem e a inteligência (Hoeman, 2011). Esta avaliação deverá comportar a inclusão dos familiares na validação e como fonte de informação sobre o cliente e complementada com o uso a instrumentos/escalas de avaliação cognitiva e funcional sensíveis aos cuidados do EER. Segundo

Winkens, Heugten, & Fasotti (2011), as escalas de medida mais relevantes e significativas para a pessoa com limitações cognitivas devem ser centradas no desempenho das AVD, em vez de se focar apenas no grau e tipo de incapacidade cognitiva.

No sentido da facilitação do processo de transição, o enfermeiro deve ainda ser detentor de conhecimento sobre os fatores facilitadores e inibidores na concretização deste processo de uma forma saudável; neste sentido, Robison, Wiles, Ellis-Hill, McPherson, Hyndman, & Ashburn (2009), referem que os *outcomes* dos indivíduos são influenciados por aspetos físicos ou incapacidade cognitiva, fatores ambientais, a capacidade de adaptação dos próprios indivíduos, suporte de terceiros e a ajuda profissional. Assim, deve ser na gestão destes fatores que o enfermeiro adquire o papel de agente facilitador deste processo de transição. Note-se, que o processo de transição saúde-doença, não é cumprido no momento da alta hospitalar, pelo que a preparação do cliente e sua família deve constituir-se como um objetivo primordial no plano de cuidados do cliente com alterações cognitivas. Ainda neste sentido, os mesmos autores (2009) ilustram este aspeto, referindo que logo após a alta hospitalar, os doentes descrevem o impacto do AVC em termos físicos e incapacidades cognitivas com consequências ao nível funcional, o que limita a sua habilidade na participação em atividades de valor em várias esferas da sua vida, pelo que o enfermeiro deverá minimizar o impacto destas alterações do papel e da própria funcionalidade cognitiva-motora, para que os processos de reajustamento e integração do novo papel sejam concluídos de modo saudável.

Após a avaliação do cliente, segue-se a formulação dos diagnósticos, os quais determinarão as estratégias de intervenções a serem implementadas. Sobre este ponto, Hoeman (2011) formula um conjunto de diagnósticos possíveis relativos à alteração da função cognitiva, descrevendo as suas características (ver Anexo VI). Relativamente ao plano de intervenção, a mesma autora (2011) avança com os seguintes grupos de intervenções da competência do EEER a serem aplicados numa fase aguda da lesão cerebral: promoção da função cognitiva;

promoção da tomada de decisão apropriada; promoção do controlo apropriado do pensamento; promoção do processamento rigoroso de informação; promoção das funções da memória; promoção da segurança; e promoção do controlo da agressão/agitação. Posteriormente, numa fase sub-aguda, Hoeman (2011), adianta como possíveis estratégias de intervenção: Promover o conforto, a segurança e orientação para a realidade; promover a atenção, a capacidade de se forçar de modo a facilitar a participação do doente nas atividades; promover a recuperação da consciência através de atividades de estimulação do coma; promover a frequência e a duração da atividade do indivíduo; promover a participação do familiar; promover a compreensão do familiar sobre a alteração da função cognitiva; e promover a tomada de decisão apropriadas pelo doente e família e relação ao próximo nível de cuidados, por exemplo, o regresso a casa, a referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC), a ida para um centro de reabilitação ou a institucionalização em casas de repouso/lares.

De facto, as alterações cognitivas decorrentes de uma situação de AVC, constituem-se como mudanças que ocorrem ao nível da saúde do indivíduo e que afetam o equilíbrio pessoal e familiar, impondo à pessoa a necessidade de percorrer um processo de adaptação e de ajustamento denominado, segundo a autora da Teoria das Transições Meleis, como um processo de transição saúde-doença. Tratando-se de uma situação de doença súbita conduz a uma repercussão na qualidade de vida da pessoa/ família, pelo que, e segundo Silva (2010), a reabilitação assume uma grande importância no sentido de ajudar o indivíduo a readquirir capacidades perdidas e a tornar-se novamente independente.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico numa tendência exponencial de crescimento, desafia os profissionais de saúde na aquisição de conhecimentos e de amplificação das suas competências e estratégias de intervenção “que lhes permitam incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde” (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018). Considerando o valor inquestionável da Enfermagem no que diz respeito às profissões que se incluem na prestação de cuidados de saúde, torna-se fundamental a qualificação destes profissionais, no caminho da sua especialização, para que se alcance uma resposta qualificada e eficaz. Citando uma das conclusões de um estudo realizado pelos autores Lopes, Gomes e Almada-Lobo (2018), solicitado pela Ordem dos Enfermeiros:

“Os enfermeiros especialistas tendem a possuir maior conhecimento, a ter menos incidentes e complicações no atendimento ao cliente, a ter melhores perspectivas de carreira, a participar em acções de formação contínua com mais frequência, a ser menos propensos a ter intenção de deixar a sua posição actual, a perder menos dias de trabalho e a colaborar mais e melhor com outros profissionais de saúde.”

A definição de Enfermeiro Especialista entendido pela Ordem dos Enfermeiros é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem.” (OE, 2019, p.4744). Todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). A estas competências comuns, acrescem as competências específicas do EEER, assentes nos objetivos gerais da Enfermagem de Reabilitação de “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.” (OE, 2019, p.13565):

“a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (OE, 2019, p.13566)

No processo de aquisição de competências, Benner (2001) afirma que é necessário refletir nas aprendizagens que a experiência nos proporciona, associando os saberes da prática à teoria, sem descurar o comportamento ético. O meu percurso em EC contemplou vivências em contexto hospitalar e no domicílio, pelo que ao longo deste capítulo me propus a descrever e a analisar as atividades desenvolvidas durante o EC, refletindo sobre as experiências vividas que contribuíram para a aquisição das competências comuns do EE e específicas do EEER preconizadas pela OE, em articulação com as competências de mestrado relativos aos descritores de Dublin.

Deste modo, organizei a narrativa tendo por base primeiramente os domínios das competências comuns e, posteriormente, os domínios das competências específicas do EEER, descrevendo e analisando criticamente a sua operacionalização em contexto de EC, justificando as atividades, os recursos mobilizados, os indicadores e critérios de avaliação considerados, facilitando a análise e reflexão do percurso de aquisição de competências de Mestre e de EEER.

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

O primeiro domínio, refere-se ao Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal e deve constituir-se como a base do exercício profissional de enfermagem. De facto, está subjacente ao exercício de Enfermagem, a vivência de experiências complexas que despoletam a necessidade de agir com competência, impondo uma tomada de decisão ética fundamentada. Segundo Nunes (2008), é exigido ao enfermeiro que regule a sua atividade por uma ética profissional, atividade essa, desenvolvida entre o enfermeiro e as pessoas clientes de cuidados

de enfermagem. Significa, portanto, que ambos possuem o seu quadro de valores, crenças e desejos, no entanto, o enfermeiro distingue-se pela sua formação e experiência, assentes no princípio humanista de respeito integral pelas pessoas (Nunes, 2008).

Pelo exposto, esteve inerente à experiência de EC, a inevitabilidade do confronto com situações complexas de cuidados, tendo sido necessária a mobilização de competências com base no pensamento crítico e no julgamento clínico, para responder com competência na facilitação do processo de transição vivenciados pelas pessoas alvo dos meus cuidados de enfermagem. Recordo uma situação transversal a ambos os contextos de EC (hospitalar e comunidade) relacionado com o défice de profissionais de saúde nas instituições devido à pressão sentida nos serviços por necessidade de mobilização de profissionais para áreas prioritárias de atendimento/intervenção dos enfermeiros, face à situação emergente sentida no país, relacionada com a pandemia por COVID-19. Considero que foi uma situação significativa no meu processo de aprendizagem, porque permitiu-me identificar os dilemas éticos que a escassez de enfermeiros acarreta para a prática de cuidados, assim como identificar a resposta encontrada pelos enfermeiros e a perceção do impacto desta questão complexa na qualidade de cuidados de enfermagem especializados prestados.

A falta de enfermeiros era sentida pelas equipas onde estive inserida durante os EC e, portanto, os EEER não eram exceção, partilhando a dificuldade que sentiam na gestão dos tempos de cuidados especializados na área da reabilitação. Dou como exemplo genérico, uma situação que presenciei algumas vezes durante o EC na Unidade de AVC, onde vi ser colocada a questão de como fazer a priorização de cuidados face à escassez de enfermeiros generalistas numa equipa, quando não estão garantidas as dotações seguras e estamos perante um doente com AVC durante as primeiras horas de internamento, onde concorrem a emergência de intervenções para tratamento, estabilização hemodinâmica e o início do programa de reabilitação. Continuando com o exemplo, numa avaliação neurológica do doente com AVC, ao serem identificadas alterações das estruturas

relacionadas com a função da deglutição, segue-se a necessidade de realização uma avaliação especializada da deglutição, o diagnóstico de disfagia e a implementação das atividades de reabilitação, as quais passam não só pelo ensino e treino de estratégias adaptativas que garantam a hidratação em segurança do doente nesta fase, minimizando o risco de aspiração e as consequências que daí advém, mas também, o ensino e treino para fortalecimento das estruturas que nesta fase aguda da doença, devem ser privilegiadas para reconstituição da função que está alterada. Como estratégias facilitadoras, a equipa realizava uma distribuição de doentes tendo em conta as necessidades de intervenção por parte do EEER, mesmo sabendo que poderia não haver disponibilidade para uma intervenção com o tempo necessário para a aplicação do programa de reabilitação. Evidenciava-se igualmente a entreajuda entre os enfermeiros da equipa, para permitir que o EEER conseguisse intervir junto de um doente prioritário. Do mesmo modo, também se verificava a continuidade do programa de reabilitação garantida pelos enfermeiros generalistas quando devidamente instruídos para tal, na supervisão e na assistência da execução de exercícios prescritos pelo EEER. Acresce a participação dos estudantes de ER que sob devida orientação do EEER, ao cumprirem o seu percurso de formação durante o EC, contribuíam e participavam no programa de reabilitação dos doentes internados.

Em contexto comunitário, quando os enfermeiros se encontravam perante uma situação de natureza complexa, de onde emergiam dilemas ou até mesmo conflitos éticos, realizavam-se visitas domiciliárias com mais do que um enfermeiro. Como refere Deodato (2014, p.41) “constitui problema ético de enfermagem, a existência de incerteza quanto à decisão para agir, quando está em causa o desrespeito pela dignidade das pessoas, dos seus direitos, da sua vontade ou em risco a sua saúde ou o seu bem-estar”. A visita simultânea por dois enfermeiros, ou desfasada temporalmente, penso que se trata de uma estratégia facilitadora na tomada de decisão. Neste contexto, recordo situações relacionadas com a gestão de conflitos na família e com um cuidador informal, onde se verificava uma relutância e até negligência nos cuidados prestados. Tendo em

conta o pressuposto de que a família/cuidador tem um papel determinante na recuperação da saúde e prevenção da doença e suas complicações, sobretudo no contexto de intervenção domiciliária inserido no programa da RNCC, torna-se fundamental que haja uma participação dos intervenientes, devendo estes ser orientados para o cuidado e para a corresponsabilização no processo de promoção da saúde do doente. A negociação de estratégias de cuidados, as competências comunicacionais demonstradas pelo enfermeiro, apresentaram-se como aspetos facilitadores na resolução destas situações. Como referi, a presença de mais do que um enfermeiro no acompanhamento e implementação do programa de reabilitação, a articulação e comunicação eficaz com a restante equipa multidisciplinar e, o estabelecimento de uma relação com o cliente e família de proximidade, de respeito e de parceria, foram estratégias adotadas para a resolução destas situações de natureza complexa, que estão intimamente relacionadas com a relação terapêutica estabelecida. Entenda-se por relação terapêutica aquela que é promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem e que se caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, sendo que se desenvolve e se fortalece ao longo de um processo dinâmico, tendo por objetivo ajudar o cliente/família/pessoa significativa a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

O conceito de parceria pressupõe o reconhecimento da autodeterminação da pessoa cuidada, em que o EEER ao intervir para a maximização do potencial funcional promovendo a independência no autocuidado (OE, 2015), respeita a sua vontade, promove escolhas informadas e envolve o cliente nas decisões sobre o seu programa de reabilitação, para que sejam satisfeitas as suas reais necessidades. Numa situação em que haja alteração do estado de consciência e por consequência, uma alteração da sua capacidade de decisão, a condição de ser pessoa singular não é alterada. Neste caso, o enfermeiro substitui a pessoa de acordo com as suas necessidades, tendo em conta as suas crenças e valores, na defesa do melhor interesse da pessoa visada, incluindo sempre que possível a

família sabendo, contudo, que por ser detentor de conhecimento científico, cabe ao enfermeiro a decisão de agir no melhor interesse do seu cliente. Uma das situações decorridas no EC na Unidade de AVC, retratou este dilema ético sobre a intervenção do EEER perante a pessoa com alteração do estado de consciência, adequado ao estadio da doença que se encontrava e na dificuldade que senti para decidir sobre a intervenção mais adequada para o cliente em causa.

Sobre este assunto, partilho a experiência vivenciada em EC com o Sr. A de 55 anos de idade, com diagnóstico de hematoma nucleocapsular e talâmico direito com extensão ao mesencéfalo e rotura ventricular (sem indicação neurocirúrgica), transferido da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde permaneceu 13 dias. A transferência para a Unidade de AVC deste utente está relacionada com a gestão de camas hospitalar, não sendo necessário manter o doente numa UCI, mas numa unidade de cuidados intermédios, estando a sua transferência agendada para o dia seguinte para o hospital da sua área de residência. O Sr. A, esteve sedado e ventilado 10 dias, em ventilação espontânea desde há 24h, sem sedação e manifestava alterações neurológicas, com comprometimento da sua consciência: sonolento com abertura dos olhos ao estímulo verbal mas não de modo consistente, sem resposta verbal, não obedece a ordens. Parésia facial esquerda. Alterações da força motora, com força muscular grau 2/5 no hemicorpo esquerdo e força muscular grau 5/5 no hemicorpo direito, na escala MRC. Na avaliação da função respiratória, sem alterações na inspeção, palpação, percussão, auscultação do murmúrio vesicular, no entanto, auscultação de roncos dispersos nos segmentos lobares superiores anteriores e tosse pouco eficaz, atribuindo-se ao período de ventilação mecânica com extubação há dois dias considerando o dia da minha avaliação. Respeitando a dignidade da pessoa, não sendo possível o exercício da sua autonomia e o envolvimento dos familiares no primeiro contacto que tive para prestação de cuidados, procurei intervir tendo por base o superior interesse do meu cliente, munida de conhecimento científico e sob orientação do EEER. Neste sentido foram priorizados os cuidados no sentido da prevenção das complicações associadas à imobilidade do doente crítico. Da

minha experiência profissional numa UCI de Neurocirurgia, despertou-me a curiosidade para pesquisar sobre esta situação, procurando evidência recente sobre a intervenção especializada do ER. Neste domínio ao EEER compete a prevenção de complicações associadas à imobilidade e maximizar a sua dependência funcional e, portanto, torná-la capaz de desempenhar as suas atividades de vida diária (Ferreira e Peres, 2020). As mesmas autoras (2020) desenvolveram um estudo em UCI, avançam como práticas seguras e com ganhos em saúde, as seguintes intervenções constituintes de um programa de reabilitação estruturado: primeira fase composta correção postural e posicionamento, mobilização passiva polisegmentar, electroestimulação neuromuscular; considerando a tolerância da pessoa, progredir para uma segunda fase de intervenção, com a mobilização ativa-assistida e ativa-resistida, automobilização no leito, treino de transferências, de equilíbrio (estático e dinâmico), marcha e outras atividades de vida diária. Permito-me acrescentar a verticalização em plano inclinado e também a utilização de cicloergómetro que dependendo da capacidade e tolerância da pessoa, poderá ser utilizado numa modalidade passiva, ativo-assistido, ativo e ativo resistido. Ainda sobre a minha intervenção ao Sr. A neste contexto, recordar que esteve sob ventilação mecânica, sendo defini como programa de intervenção: a correção postural e posicionamento, mobilização passiva polisegmentar do hemicorpo esquerdo e ativa-assistida do hemicorpo direito, incidindo com especial atenção nos exercícios a nível dos membros superiores, uma vez que permitem o reforço dos grupos musculares que estabilizam a caixa torácica e dos músculos acessórios da respiração (OE, 2018). Complementada a intervenção com técnicas de limpeza da via aérea, nomeadamente a tosse assistida. Pelo exposto, não podendo a liberdade da pessoa cuidada ser exercida decorrente das alterações neurológicas anteriormente descritas, considero ter fundamentado a minha prática de cuidados na mais recente evidência científica, em prol do melhor interesse do Sr. A. Antes de concluir este ponto, gostaria de referir que durante a minha pesquisa sobre o tema da intervenção do EEER ao doente crítico em UCI, deparei-me com

o conceito Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos (FMACI), onde os ER assumem um papel determinante (Prazeres, Ribeiro e Marques, 2021). FMACI é uma designação que inclui casos em que se identificam alterações neuromusculares não justificadas aquando da recuperação de doentes críticos (Morgado e Moura, 2010). Para prevenção desta síndrome e melhorar os ganhos em saúde, contribui a implementação de um programa de reabilitação como abordei anteriormente.

Para este processo de desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEER, concorreram a orientação do professor da escola e dos orientadores dos locais de estágio, assim como outros enfermeiros constituintes das equipas de cuidados. Considero que os momentos de passagem de turno (contexto hospitalar), momentos informais de partilha de vivências no regresso à unidade após os domicílios (contexto de ECCI) e as conversas informais entre os enfermeiros da equipa, que por vezes até decorriam durante as deslocações entre domicílios, assim como as reuniões de enfermagem e multidisciplinares, constituíram-se como momentos privilegiados pelos enfermeiros para uma reflexão e tomada de decisão conjunta, perante situações complexas de cuidados. Recordo algumas situações complexas: a gestão da transmissão da informação relacionada com os cuidados para preservar o equilíbrio entre a verdade e a motivação do cliente e/ou família, promovendo sempre uma esperança real; estratégias de intervenção do EEER em contexto de fim de vida no cliente com insuficiência respiratória sob ventilação mecânica não invasiva por progressão da doença (Esclerose Lateral Amiotrófica); planeamento da alta hospitalar e a necessidade de continuidade de cuidados, nomeadamente cuidados especializados em enfermagem de reabilitação no domicílio, sentindo-se restrições no acesso e encaminhamento destas situações impostas pela pandemia; gestão de conflitos na família; a dificuldade na articulação com os diferentes elementos constituintes da equipa multidisciplinar, por exemplo no contexto comunitário em havia escassez de profissionais de determinadas áreas, como fisioterapeuta e assistente social.

Durante o EC, procurei pautar a minha prática de cuidados num agir ético, adotando uma postura crítica e reflexiva sobre as situações com que me confrontei, com a consciência que a enfermagem de reabilitação assiste a pessoa que vivencia processos de transição que se traduzem em estadios de maior vulnerabilidade. Assim, exige-se que se estabeleça com a pessoa cuidada e sua família, uma relação baseada no respeito pela sua singularidade e complexidade.

2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

Ao enfermeiro especialista acresce esta responsabilidade profissional por se considerar como um elemento de referência e de consultor para a equipa de cuidados, pelo que lhe compete garantir a qualidade e a melhoria contínua dos cuidados prestados pela equipa, indo ao encontro do Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Atendendo ao contexto pandémico por COVID-19, senti a necessidade de adaptação de algumas das estratégias planeadas. Uma dessas limitações, esteve relacionada com a realização de visita prévia aos serviços, que foi protelada para a primeira semana de estágio de cada contexto de EC, não tendo sido estabelecido um momento único para a realização da entrevista semi-estruturada (ver Anexo VII) como previsto, mas utilizando diversos momentos e reuniões informais para esclarecimento de dúvidas, tanto com o enfermeiro orientador como com outros elementos da equipa. Em ambos, e com o intuito de compreender a dinâmica dos contextos de estágio, foi fundamental consultar a documentação relevante, nomeadamente, protocolos, projetos, manuais/normas de procedimento e metodologia de registo, relacionados com a prática de cuidados do EEER. Também a observação e a participação no percurso do cliente desde a sua admissão até ao momento da alta, demonstrou-se facilitador para mim na compreensão da dinâmica e organização dos serviços e das respetivas equipas multidisciplinares. Concorre ainda para este propósito de compreender a dinâmica da equipa de cuidados, a observação e a colaboração nas intervenções de enfermagem na área

da reabilitação dos cuidados prestados, tendo sido facilitador para identificar os recursos humanos, físicos e materiais existentes e fundamentais na prestação de cuidados.

Embora as atividades desenvolvidas para uma integração na equipa tivessem sido mais expressivas durante as duas primeiras semanas de cada local de estágio, não se circunscreveram a esse período limitado de tempo. De facto, a diversidade de experiências com que me fui confrontando e a minha curiosidade constante sobre a realidade de cuidados que difere da minha prática profissional e estando a desenvolver competências para futuramente assumir o papel de EEER, tornaram a pesquisa e a procura complementar de informação, uma constante durante todo o período de EC. Um exemplo concreto, pelas diferenças que caracterizam a minha prática profissional em contexto hospitalar, senti a necessidade pesquisar e informar-me sobre legislação e a própria organização dos cuidados de saúde primários, durante o estágio em contexto comunitário.

Da pesquisa efetuada, gostaria de destacar que as ECCI são equipas multidisciplinares, integrantes dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, sendo necessária uma avaliação multidisciplinar “a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença com rede de suporte social [cuidador informal/formal], cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-Lei n.º 101/2006). As ECCI integram as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de cada ACES que, pelo que contam na sua formação com os profissionais dos ACES, nomeadamente, médico, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Além disso, articulam-se com os parceiros locais e recursos comunitários disponíveis, promovendo respostas complementares às necessidades dos utentes admitidos (Decreto Lei 101/2006). Relativamente à referenciação, admissão e alta dos utentes, encontram-se estabelecidos critérios para que a resposta, escassa no caso da ECCI onde realizei estágio, seja o mais eficaz possível. A pesquisa e aprofundamento de conhecimentos sobre a RNCC, permitiu-me referenciar doentes internados no

meu serviço, de modo mais criterioso, atendendo aos requisitos de admissão nas diferentes tipologias de resposta da RNCC. Acresce também, a importância da qualidade da informação disponibilizada na plataforma GestCare® CCI no ato de referenciação, onde a avaliação por EEER deve ser indispensável, atendendo à natureza dos cuidados do EEER de continuidade no programa de reabilitação e, incontornavelmente, na justificação de que o utente reúne os critérios necessários para ser admitido, concorrendo para uma utilização dos recursos do SNS de modo mais criterioso e eficaz.

No caso da ECCI, as equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em contextos de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se deslocam de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na sua fragilidade, limitação funcional condicionada por fatores ambientais, ao longo do ciclo de vida e que disponham de condições no seu domicílio para a prestação de cuidados necessários, nomeadamente: “a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a uma vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana; b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde, incluindo fins-de-semana e feriados; c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal” (UMCSP, 2007). Os critérios enunciados e, também, os objetivos da intervenção das ECCI (a manutenção da pessoa com perda da funcionalidade, o apoio/instrução/treino dos prestadores de cuidados, a articulação com outros recursos da comunidade, com o propósito de reintegração o utente no ambiente familiar e comunitário), tornam indispensável que estas equipas estejam dotadas de EEER, como corroborado pelo Conselho de Enfermagem (2009), resultando em ganhos em saúde e com impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A ECCI onde decorreu o meu EC tem admitidos 30 utentes, sendo constituída por quatro enfermeiros especialistas, três em ER e um em Enfermagem Comunitária, o qual se encontrava destacado para as equipas

responsáveis pela vacinação COVID-19. A equipa conta ainda com três enfermeiros generalistas, sendo que um deles tem pós-graduação em cuidados Paliativos e outro estava a terminar a especialidade de reabilitação. Cada enfermeiro assume-se como gestor de caso de determinados utentes, planeando as visitas domiciliárias consoante as necessidades. Idealmente são feitas 3 a 4 visitas semanais pelo EEER, no entanto, pelos condicionalismos da pandemia (menos enfermeiros e menos meios de transporte dado que a lotação dos automóveis não podia exceder as 3 pessoas) houve a necessidade de reduzir o número de visitas no domicílio. Em alternativa recorreu-se ao contacto telefónico, incentivando a realização de exercícios autonomamente e/ou com assistência do cuidador e, também, esclarecimento de dúvidas se necessário.

Como referi anteriormente, o meu estágio hospitalar decorreu na Unidade de AVC integrada num hospital central de Lisboa. O seu propósito é receber AVC isquémicos submetidos a intervenção na fase aguda, AVC hemorrágico com necessidade de nível intermédio de cuidados e também doentes para realização de angiografia eletiva. Constituída por 3 quartos, cada um com 3 camas e uma secretária de trabalho. Ainda como estrutura física relevante, de referir que dispõe ainda de um ginásio e de uma WC de dimensões generosas para que possam ser realizados o treino de AVD com segurança. Estatisticamente, o tempo médio de internamento é de 3,5 dias. A equipa multidisciplinar contempla médicos de medicina interna, neurologia, fisiatra, assistentes operacionais, administrativa, técnicos de cardiopneumologia, enfermeiros, destes 5 são EEER. Conta ainda com a colaboração do fisioterapeuta e da terapeuta da fala. Trata-se de uma unidade cujo foco é a reabilitação precoce do doente com AVC na fase aguda, contando para isso com 5 enfermeiros EEER, assim como de um conjunto de instrumentos e materiais de apoio para a reabilitação. Esta extensa “coleção” tem vindo a crescer ao longo dos anos, fruto da contribuição dos alunos de ER, sendo um lugar que reconhece a importância da formação e em que os profissionais que aí exercem funções, apresentam disponibilidade para contribuir positivamente para o desenvolvimento de competências dos estudantes, demonstrando-se

igualmente permeáveis à adoção de novas práticas de cuidados mais recentes com comprovada evidência científica.

Como referido anteriormente, com a situação pandémica vivenciada, os serviços não se encontravam a funcionar na sua plenitude, ou seja, o foco de intervenção e os recursos existentes eram direcionados para a manutenção da prestação de cuidados mínimos de saúde. Pela escassez de meios e de profissionais, os projetos de formação inseridos nos programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados encontravam-se suspensos, tanto em contexto hospitalar como comunitário, dado que não consistiam uma prioridade face à dura realidade vivenciada na área da saúde. Deste modo, foquei-me nos objetivos do meu Projeto de Formação e nas necessidades imediatas sentidas pelos enfermeiros nos serviços, validados com o EO do respetivo local de estágio. Estes instrumentos de intervenção que ficaram disponíveis para utilização da equipa de enfermagem, devendo ser a sua mobilização orientada pelo EEER para otimização dos resultados obtidos com a sua implementação:

- em contexto hospitalar, elaborei um compêndio de Exercícios de Reabilitação Cognitiva para doentes com alteração cognitiva decorrente do AVC, em suporte PDF, disponível na intranet do serviço, que permite que sejam facilmente impressas as páginas correspondentes aos exercícios pertinentemente selecionados pelo EEER (ver Anexo VIII);

- ainda em contexto hospitalar, elaborei um compêndio de Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe, com ilustrações e respetiva descrição da instrução para realização do exercício, para que possam ser reproduzidos com acompanhamento do EEER, mas também pelo enfermeiro generalista, do cuidador informal ou até mesmo de forma autónoma. para pessoas com alterações da função destas estruturas, por exemplo, doentes com disfagia ou disartria (ver Anexo IX);

- em contexto comunitário, adaptei os projetos realizados anteriormente para serem mobilizados em contexto comunitário, e realizei uma pesquisa seguida da conceção de um *kit* de reabilitação da força muscular e da

funcionalidade da mão, sobretudo para o doente com sequelas após AVC (ver Anexo X);

- também em contexto comunitário, elaborei réguas para avaliação de dispneia, tornando-as um instrumento visual de fácil mobilização no domicílio, sobretudo para pessoas que se encontram a cumprir um programa de reabilitação respiratória (ver Anexo XI);

- durante o EC na comunidade, procedi à elaboração de dois instrumentos de apoio à prática de cuidados, o primeiro relativo a um folheto informativo sobre a infeção por COVID-19 (ver Anexo XII) e o segundo trata-se de um conjunto de exercícios para reabilitação respiratória do doente com COVID-19 (ver Anexo XIII), com ilustrações e legenda, funcionando como instrumento de trabalho a ser usado na prescrição de exercícios de reabilitação respiratória à pessoa com sequelas após infeção por COVID-19, a serem executados pela pessoa autonomamente ou com assistência do cuidador informal.

No estágio na ECCI foi-me proposto a adaptação dos instrumentos desenvolvidos durante o primeiro estágio na Unidade de AVC, tendo aceitado de imediato o desafio, culminando numa exposição oral a toda a equipa de enfermagem da ECCI. Este momento de formação, teve também como propósito a partilha e a troca de conhecimentos entre os participantes, contribuindo para o desenvolvimento de competências e para a melhoria da qualidade dos cuidados isto porque, como refere Barata (2017), a formação possibilita a exploração de novas necessidades, valorizando o saber e motivando os profissionais a fazer melhor.

Tanto em contexto hospitalar como comunitário, os registos de enfermagem e os processos clínicos encontram-se informatizados. Em ambas as realidades, os registos de enfermagem são efetuados na plataforma SClinico, que recorre à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), embora cada serviço tenha o seu padrão documental para realização dos diagnósticos de enfermagem, dada as características da população que presta cuidados e a especificidade de cada contexto de intervenção. De

salientar que embora existam diagnósticos de enfermagem sensíveis aos cuidados especializados de reabilitação, em alguns casos torna-se uma necessidade utilizar as notas associadas para complementar a informação que é possível selecionar como intervenção/avaliação.

Por este motivo, senti necessidade de elaborar um documento de avaliação e registo enquanto estudante de ER, que satisfizesse a minha necessidade sistematização na recolha de informação, que facilitasse a realização dos meus registos e a monitorização dos resultados obtidos na evolução funcional da pessoa que traduzisse os ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada do enfermeiro (ver Anexo XIV). Estes dados recolhidos podiam ser posteriormente colocados em notas nos sistemas de informação sob a forma de nota associada a determinada intervenção ou no campo das notas gerais. Numa reflexão conjunta com os enfermeiros das equipas onde estive integrada nos dois campos de estágio, manifestei a minha preocupação por ainda existirem demasiados registos descritivos, dado que dificultam a recolha e o tratamento de dados para demonstrar ganhos em saúde na área da enfermagem de reabilitação. No entanto, em ambos os contextos clínicos referiram que desde a implementação do programa têm vindo a ser melhorados os registos, através de sugestões realizadas pelos enfermeiros, sendo sempre um processo moroso. Enquanto futura EEER é uma preocupação esta questão dos registos de EEER, nomeadamente na capacidade e facilidade das plataformas de registo gerarem dados para que possam ser utilizados na produção de evidência científica. Como defendido por Pestana (2017), a realização de registos sistematizados e rigorosos sobre as intervenções do ER suportam a tomada de decisão e conferem visibilidade aos ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem e permitem a continuidade de cuidados com qualidade e segurança.

Sobre a questão da segurança nos cuidados de enfermagem, em concordância com o mesmo domínio, é função do enfermeiro especialista garantir um ambiente terapêutico seguro, para o profissional e para os seus clientes. Deste modo, foi incontornável a utilização de equipamento de proteção individual em

ambos os contextos de estágio, segundo as indicações da DGS face a situação da pandemia por COVID-19. Em contexto hospitalar havia uma especial preocupação por manter as cortinas das unidades dos doentes corridas, para evitar infeções cruzadas, sobretudo na realização de intervenções potencialmente geradoras de gotículas, como por exemplo na reeducação funcional respiratória, mas também, em situações como na avaliação da deglutição e treino de deglutição nos doentes com disfagia. Também fui alertada para melhorar o meu posicionamento junto do doente, no sentido de ficar protegida face ao circuito de tosse ou à ventilação da pessoa. Inclui-se neste ponto, a preocupação com os princípios da ergonomia no decorrer dos estágios, com o intuito de minimizar os efeitos da carga física dos profissionais, pessoa e cuidadores, prevenindo de lesões músculo esqueléticas (OE 2019, reg. 140/2019). Recordo que durante o estágio na Unidade de AVC o orientador do local de estágio incentivou-nos à consciencialização do movimento realizado ao nível dos nossos grandes grupos musculares, para mantermos o alinhamento do corpo durante a nossa intervenção, nomeadamente, durante a realização de mobilizações músculo-articulares. Em contexto comunitário, o facto de as camas não serem articuladas e ajustáveis em altura, dificultavam a realização de mobilizações no leito e as transferências. Uma das estratégias adotadas em cama mais baixas, foi o aumento da base de sustentação e baixar o centro de gravidade. Este conhecimento foi igualmente transmitido aos cuidadores informais, no sentido de adquirirem e utilizarem equipamento que seja possível regular em altura, durante a prestação de cuidados (posicionamento, mobilização e transferências) manterem uma postura adequada, seguindo os princípios da mecânica corporal: coluna dorso-lombar direita, evitando movimentos de flexão e rotação da coluna; flexão ligeira dos joelhos; pés virados no sentido do movimento; posicionarmo-nos o mais próximo possível à pessoa; repartir os movimentos necessários para o posicionamento/transferência; solicitar ajuda de terceiros quando considerar necessário.

O EEER detém o conhecimento especializado garantir um ambiente seguro na prestação de cuidados, o que inclui ser competente na seleção de materiais e

equipamentos e minimizar o risco de queda, nomeadamente na utilização correta de produtos de apoio, no uso de vestuário e calçado adequado à situação de cada pessoa que apresenta alteração da sua funcionalidade. Refiro-me ao uso de canadianas, andarilho, uso de sapatos antiderrapantes de tamanho adequado e fechados com boa sustentação para os pés e, por exemplo, a não utilização de calças demasiado largas e compridas que possam provocar desequilíbrio ou a queda da pessoa. Uma das minhas aprendizagens significativas durante o EC na Unidade de AVC, esteve relacionada com a utilização de uma canadiana por uma doente que não estava sinalizado para intervenção por EEER, a senhora já fazia uso da canadiana no braço esquerdo após colocação de PTJ (prótese total do joelho) direito, previamente ao motivo de internamento. No entanto, ao deambular autonomamente pelo serviço, constatou-se que não se encontrava corretamente ajustada. Embora os pés se mantivessem alinhados e mantivesse uma distância não maior do que cerca de 15 cm à frente durante o movimento de marcha, constatou-se que a canadiana se encontrava muito elevada. Assim, em conjunto com o orientador do local de estágio, abordamos a senhora e sugerimos que experimentasse deambular com o novo ajuste realizado em que quando segura na pega da canadiana, o seu cotovelo efetua um ângulo de 30°. A senhora deambulou várias vezes supervisionada e constatou que fazia menos esforço a deambular com o correto posicionamento da canadiana e com menos dor ao nível do seu ombro esquerdo.

O treino do equilíbrio e da marcha na pessoa com AVC, adquire uma extrema importância na reaquisição da funcionalidade e autonomia. Durante o meu EC e nos diferentes contextos, tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos no meu percurso formativo e consolidar as aprendizagens nesta área, reforçadas pela pesquisa complementar da mais recente evidencia científica. Primeiramente, no treino do equilíbrio no doente com AVC, utilizei a bola suíça na cama, incentivando à realização de movimentos assistidos-ativos com os membros inferiores de flexão-extensão das articulações coxo-femoral e do joelho, no sentido proporcionar um fortalecimento muscular

ao nível dos músculos abdominais, fundamentais na reeducação do equilíbrio. Posteriormente, incentivei a pessoa a colocar-se na beira da cama, com os pés colocados no chão, de preferência descalça (para aumento do estímulo sensitivo e da propriocepção) e permanecer na posição de sentada, primeiro de olhos abertos depois de olhos fechados, evoluindo para a realização de resistências manuais de forma a provocar um desequilíbrio, incentivando a pessoa a regressar à sua posição inicial. Sempre que possível, o treino do equilíbrio deve ser realizado com recurso ao espelho quadriculado. Mantendo-se as condições de segurança, implementava os mesmos exercícios com as resistências manuais, mas desta vez na posição de pé (primeiro com os olhos abertos e posteriormente encerrados). Outra estratégia de intervenção, mantendo a posição de pé, foi incentivar a pessoa a alternar o ponto de apoio entre o MIE e o MID, podendo recorrer-se de um ponto de apoio para maior segurança como os pés da cama (no hospital) ou a cómoda (no domicílio). Na mesma posição foi solicitada a realização de agachamentos e incentivada a realização de mobilizações ativas dos mesmos inferiores, como a flexão-extensão do joelho e da articulação coxo-femoral. Outra estratégia que tive a oportunidade de implementar, foi a utilização de bola terapêutica com textura para realizar exercícios de apanhar a bola (esta utilização da bola de superfície irregular aumenta a informação sensitiva e potencia a resposta motora). Por último, ainda sobre o treino do equilíbrio, gostaria de referir a utilização da bola suíça juntamente com o espelho quadriculado, de forma a aumentar a dificuldade e o desafio dos exercícios realizados na posição de sentado, anteriormente descritos. Alguns destes exercícios, nomeadamente com bola suíça, foram realizados no ginásio existente na Unidade de AVC.

Relativamente à marcha, trata-se de uma das funções que a pessoa com AVC procura recuperar mais rapidamente e onde investe com maior motivação todo o seu esforço. No treino de marcha, mesmo numa situação aguda, por vezes é necessário incluir algumas ajudas técnicas para facilitar o treino garantindo a segurança da pessoa nesse processo. Por este motivo, existiam nos serviços onde estagiei, bengalas, andarilhos e canadianas. Sobre o treino de marcha é

importante referir que independentemente do contexto hospitalar, a pessoa e família é capacitada para a escolha de um sapato adequado (antiderrapante, confortável, fechado com boa base de sustentação e fácil de calçar), sendo que em contexto hospitalar, solicita-se à família que o traga para o internamento. No entanto, pelo mesmo motivo referido no treino do equilíbrio, por vezes opta-se pelo treino descalço. Procedi ao treino de marcha tanto em piso regular e nivelado, mas também nas escadas e em piso com declive. No domicílio, foi ainda possível acrescentar a esta intervenção, a possibilidade de ir à rua, fazendo uso das escadas e podendo treinar a marcha em piso irregular. Ao identificar os ganhos obtidos ao nível da melhoria da sua capacidade de marcha, a pessoa identifica-os como um indicador de resultando no processo de aquisição de maior autonomia, tendo verificado na minha experiência em EC na ECCL, que a ida à rua despoleta na pessoa sentimentos de satisfação e promove um maior envolvimento na continuidade da implementação do seu programa de reabilitação.

Considero ter atingido os objetivos propostos durante o EC no domínio da melhoria continua da qualidade dos cuidados, tendo consolidados os meus conhecimentos relativos à adequação dos recursos humanos, materiais e estruturais, com o objetivo último de obter a satisfação do cliente, dos profissionais inseridos na equipa multidisciplinar, traduzindo-se em ganhos em saúde. A aquisição de competências acrescidas durante este percurso de formação, permite-me afirmar que detenho conhecimentos que me permitem exercer e promover no seio da equipa multidisciplinar, uma prática de enfermagem de qualidade, tendo por base os Padrões de Qualidade definidos pela OE e dos Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015).

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Uma das aprendizagens mais significativas durante o meu EC esteve relacionado com as competências do ER na gestão multidisciplinar. A relação terapêutica que o ER que integra a equipa da ECCI estabelece com os utentes e suas famílias permite que seja agente privilegiado na identificação das suas necessidades e na articulação com outros elementos da equipa. Recordo uma das famílias, composta um senhor de 86 anos e uma senhora de 81, casados e que viviam sozinhos num apartamento, com ajuda de uma cuidadora informal que estava presente cerca de 4 a 6h por dia. Durante a primeira visita, constatámos que o senhor apresentava um humor deprimido, tanto pela sua situação de saúde dado que apresentava dificuldades crescentes na sua capacidade de deambulação (no momento da avaliação fazia uso de canadianas) mas referiu também a sua preocupação com a sua situação económica tendo partilhado que sempre foi um empresário de sucesso e que se encontrava numa situação de falência e com várias dívidas. Na visita seguinte esteve presente a cuidadora informal que nos alertou para o facto do utente referir em vários momentos que iria suicidar-se. Foi abordado o tema com o utente para compreender a dimensão do problema que imediatamente partilhou “não aguento ver a minha mulher naquela cama, sem conseguir fazer nada sem mim, eu tenho cada vez menos saúde e estou sem dinheiro, esta casa já está penhorada e vamos ser alojados num lar qualquer... mas eu mato-me antes” (sic). Perante a gravidade da situação, solicitamos uma visita conjunta com a enfermeira especialista em saúde mental, que ocorreu no dia seguinte, pedimos avaliação pela segurança social e foi articulado com o médico de família do casal, numa deslocação no mesmo dia ao centro. Após ter sido exposta a situação, a médica de família fez uma teleconsulta no próprio dia, com a prescrição de medicação ansiolítica e antidepressiva.

A realidade no hospital encontrava-se mais condicionada pela situação de pandemia, em que as reuniões multidisciplinares estavam-se circunscritas ao número de pessoas que poderiam permanecer na sala de reuniões. Acresce que os serviços estavam assoberbados de trabalho, sentindo-se uma priorização na resposta dos serviços com restrições de tempo de intervenção, dificultando a

existência de momentos dedicados à discussão dos casos. No entanto, aquando da chegada de outros profissionais constituintes da equipa multidisciplinar ao serviço, a referência enquanto elemento de articulação multidisciplinar era o EEER, o qual partilhava a informação de maior relevância e dava conhecimento das intervenções já executadas que integram o programa de reabilitação implementado para aquela pessoa. Deste modo, o fisioterapeuta e o terapeuta da fala geriam a sua intervenção perante a informação disponibilizada pelo ER. Assim, em ambos os contextos de intervenção, o EEER é o elo privilegiado de ligação entre os elementos da equipa multidisciplinar, a corroborar esta ideia, Pontes e Santos (2016), referem que o EEER deve ser desenvolvida em sintonia com os demais profissionais, de modo que sejam garantidos resultados que reflitam ganhos em saúde.

Além dos recursos humanos, o enfermeiro especialista possui competência uma gestão eficaz dos recursos materiais disponíveis ou que são necessários adquirir, devendo ser incluída a família no processo de escolha e decisão, para que possam realizar escolhas informadas e participar na negociação de alternativas. No contexto de prestação de cuidados no domicílio, existem alternativas para substituir a compra de materiais para fortalecimento muscular. Da minha experiência em EC e da pesquisa efetuada encontrei como alternativas aos halteres a utilização de pacotes de arroz/massa, garrafas cheias com água/areia (que permitem ajustar o peso); o uso do bastão para exercícios de fortalecimento e expansibilidade torácica pode ser substituído por pau de vassoura/esfregona, bengala, chapéu-de-chuva. A diversidade que procurei introduzir na minha prática de cuidados está relacionada com a teoria da motivação para a realização de exercício físico.

Sabemos que é difícil sair da zona de conforto, principalmente em situações de transição saúde-doença onde é necessário lidar com alterações da funcionalidade. A necessidade implementação de um programa de reabilitação que incluía a necessidade de realizar exercícios, por exemplo, de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e correção postural, pode despoletar na pessoa

cuidada, uma atitude apática ou proativa. Este facto está relacionado com a teoria da motivação denominada por Ryan e Deci (2000) como teoria da autodeterminação, onde o comportamento do indivíduo está condicionado a fatores internos, por exemplo, o indivíduo pode realizar os exercícios com o objetivo de afetar positivamente a sua saúde, no entanto a satisfação e o divertimento que lhe proporciona também influencia a sua motivação. Os mesmos autores (2000), acrescentam como conclusão do seu estudo publicado, que existem três necessidades psicológicas inatas – a competência, a autonomia e o relacionamento – que, quando satisfeitos, aumentam a motivação autodeterminada e o sentimento de bem-estar, com impacto positivo na sua saúde mental. Segundo Ryan e Dice (2000) esta teoria que pode ser aplicada em vários domínios entre eles, os cuidados de saúde e o desporto. Este argumento suporta a necessidade de mantermos a pessoa envolvida no seu processo de cuidados, para que este seja significativo e desafia também o enfermeiro, na busca de estratégias de intervenção inovadoras, que desencadeiem o desafio e não a frustração, que a pessoa tenha a perceção que sendo um processo gradual, ela é competente para o realizar, que poderá executá-lo autonomamente e que tem relevância na sua vida, enquanto processo para reaquisição das suas competências funcionais. Por este motivo, desafiei-me enquanto futura EEER a introduzir novos desafios aos meus clientes, no hospital todos os dias em que se conseguia alcançar um objetivo, em que se melhorava o desempenho numa atividade, negociava com a pessoa a introdução de um novo desafio, de outra dinâmica de trabalho conjunto: as molas, os feijões, bandas elásticas de mão/dedos (ver anexo X), tampas de garrafas ou um cadeado com chave para o treino da motricidade fina e fortalecimento muscular da mão e punho; as bandas elásticas para realização de exercícios ativos-resistidos, bola medicinal, a utilização de uma App para telemóvel com vídeos ilustrativos para fortalecimento muscular das estruturas da orofaringe.

Como referi, decorrente do AVC poderá advir alterações da motricidade fina, sendo este outro dos focos de intervenção do EEER. Trata-se de uma

reabilitação morosa, mas que deve ser incluída a sua intervenção precoce nos planos de reabilitação. Assim, em ambos os contextos hospitalar e domiciliário, propus a realização de exercícios recorrendo a massas, a jogos com peças pequenas para encaixe em tabuleiro. Recorri igualmente a jogos baseados em circuitos feitos em ferro que tinham anexada uma peça e em que era solicitado à pessoa que segurando na peça com os seus dedos, percorresse o circuito de A a B (ver anexo XIX). Também recorri à utilização de molas em que solicitava à pessoa que as colocasse nas pontas de uma folha de papel ou na borda de um recipiente. Na ECCI senti a necessidade de oferecer à pessoa, mais recursos com o intuito de reeducar a motricidade fina, pelo que procedi à constituição de um *kit* com materiais de apoio para a reabilitação da mão e do punho, tendo elaborado as respetivas sugestões de utilização (ver Anexo X). A importância de readquirir a funcionalidade da mão é determinante para realizar as tarefas, como rodar a tampa de uma garrafa de água para a poder abrir ou fechar; ou até para apertar os botões de uma camisa ou de umas calças. Note-se que estas atividades, são também tarefas que através da repetição, podem ser incluídas nos planos de treino.

Relativamente às ajudas técnicas e segundo o PQCEER (OE, 2015), o EEER dispõe de competências para prescrever produtos de apoio e intervém no ensino e supervisão da utilização dos mesmos, “nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”. Durante o EC na Unidade de AVC não tive a oportunidade de participar no planeamento da alta e regresso a casa, pelo que desenvolvi estas competências no EC em contexto comunitário. Não tendo sido necessário durante o meu período de permanência em estágio ter mobilizado esses recursos, tomei conhecimento e realizei pesquisa sobre os procedimentos a tomar em caso de ser identificada a necessidade de aquisição de produtos de apoio. Assim, em articulação com a assistente social da ECCI, poderá ser orientada a pessoa para aquisição do material através do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

(SAPA), trata-se de um programa de financiamento de produtos de apoio a pessoas com deficiência e/ou incapacidade. Este processo de financiamento inicia-se com a apresentação da Ficha de Prescrição de Produtos de Apoio efetuada pelo médico da sua unidade de saúde ou por equipas multidisciplinares dos Centros Prescritores Especializados, solicitando materiais que constem da Lista Homologada publicada em Despacho anual do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., o qual identifica os produtos de apoio de prescrição médica obrigatória bem como os que são prescritos por equipa técnica multidisciplinar. Na comunidade é ainda possível contar com o apoio das IPPS que disponibilizam alguns destes recursos materiais, assim como a própria ECCL que dispõe de alguns materiais para empréstimo que pela sua escassez, funcionam como solução temporária e transitória.

Relativamente aos produtos de apoio, deparei-me com uma situação em que uma utente, a Sra. B, que vivia sozinha e contava com o apoio de uma cuidadora informal diariamente durante umas 6h/dia, referenciada para a ECCL após cirurgia para colocação de PTA (prótese total da anca), referia que seria mais fácil não utilizar a cadeira giratória dentro da banheira (que o filho tinha adquirido após a alta hospitalar por sugestão do enfermeiro do serviço de internamento). A Sra. B preferia transferir-se sentando-se na borda da banheira e posteriormente sentar-se no fundo da banheira “foi sempre assim que fiz a vida toda” (sic). A primeira abordagem foi a capacitação da utente com informação para que possa tomar as suas decisões, pelo que lhe explicou os riscos de luxação da prótese associados ao modo como se encontrava a fazer a transferência, além do risco elevado de queda envolvido em todo o procedimento. Segundo Hall e Brody (2005), a pessoa deve conhecer as precauções para os respetivos movimentos funcionais em situações como as transferências e no sentar-se/levantar-se, para que a flexão da anca não exceda os 90°. Estas limitações estão presentes quando a abordagem cirúrgica é postero-lateral (a mais comum), onde a amplitude dos movimentos fica condicionada, nomeadamente não deve ser realizada a flexão da articulação da anca superior a 90°, devem ser mantidos os membros inferiores

em abdução e evitar a rotação medial dos mesmos. Foi envolvida a cuidadora informal durante o ensino, demonstração supervisão e treino com recurso aos produtos de apoio, tendo a Sra. B. referido que iria pensar sobre o assunto, continuando a argumentar que até ao momento não tinha havido nenhum problema com a transferência nem qualquer dificuldade durante as atividades relativas ao autocuidado no WC. Posteriormente, foi validado com a Sra. B e com a cuidadora que confirmaram que já tinha o banco instalado na banheira e que das últimas vezes, já reconhecia que lhe causava menos dor, sendo mais fácil entrar e sair da banheira. A situação descrita, reforça novamente a importância do respeito pela liberdade e autonomia da pessoa cuidada, numa relação de parceria em que prevalece a vontade do cliente, onde é incontornável a validação com o próprio das necessidades identificadas pelo enfermeiro, assim como é fundamental o seu consentimento sobre os cuidados planeados (neste caso a utilização de produtos de apoio) e as circunstâncias em que estes são implementados.

Dentro do domínio da Gestão de Cuidados, o EEER é detentor de competências e características de liderança, constituindo-se como um elemento dinamizador nas equipas de saúde, pois tem a capacidade de gestão de recursos humanos e materiais e competência para delegar tarefas sob a sua supervisão. Estas competências, pelo que expus ao longo do subcapítulo, foram desenvolvidas durante os EC.

2.3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O último domínio das CCEE implica que o enfermeiro demonstre capacidade de autoconhecimento, reconhecendo o seu impacto nas relações terapêuticas e multiprofissionais. Analisando a minha postura e desempenho durante o meu percurso no EC, considero ter apresentado capacidade de análise situacional, conseguindo identificar as oportunidades de aprendizagem. Movida sempre pela curiosidade do que me rodeia e pela sede de aumentar o meu leque

de conhecimentos, não restringi a minha atenção aos clientes que me eram atribuídos. Promovido também pelo Orientador de Estágio, estabeleceu-se uma colaboração entre os estudantes de ER de outras escolas que se encontravam em estágio no mesmo serviço. Surgiram vários momentos de partilha de conhecimento e de experiências, discutimos instrumentos de colheita de dados, colaborámos na implementação dos programas de reabilitação e trocámos algumas ideias sobre a utilização de instrumentos de monitorização e avaliação dos resultados obtidos, que se traduzissem em ganhos em saúde.

Considero que foi igualmente importante para o meu desenvolvimento profissional, as reuniões realizadas com todos os estudantes orientadas pelo professor, assim como as sessões individuais semanais onde partilhávamos as experiências de aprendizagem mais significativas daquele período. Destas sessões emergiam sempre temáticas que pela novidade ou pelo conhecimento superficial e pouco fundamentado, senti necessidade de pesquisar sobre as mesmas, discutindo esse conhecimento adquirido com o Orientador. Alguns dos exemplos foram: os efeitos da facilitação neurofisiológica e do movimento passivo na ventilação em doentes com lesão neurológica; os testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral; a Facilitação Neuromuscular Propriocetiva (PNF); a incidência de fadiga após AVC e as implicações para o processo de reabilitação. Como consta no Regulamento n.º 140/2019 “o Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019). Assim, trata-se de uma competência e responsabilidade profissional do EE, aprofundar os temas que não domina, mas que se evidenciam como pertinentes para a nossa prática de cuidados, para dar resposta às necessidades dos nossos clientes e para o nosso contexto de intervenção.

Uma das aprendizagens decorrentes do meu percurso de formação, relaciona-se com a mobilização precoce da pessoa com AVC, pelo que assim que existe estabilidade hemodinâmica, procede-se à mobilização do doente,

prevenindo problemas decorrentes da imobilidade, mas também com o intuito de reabilitar as funções neurológicas afetadas. Sobre a execução das mobilizações multisegmentares, tive oportunidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre o conceito de facilitação neuromuscular propriocetiva (PNF), por vezes com observação de ganhos imediatos na resposta motora em doentes com diminuição da força e plégia, sobretudo quando utilizadas as seguintes técnicas: o contacto manual com pressão, tocando com firmeza no membro a mobilizar; utilização de comandos verbais com tom de voz claro e com indicações curtas e simples; o inventivo para a pessoa manter contacto visual durante todo o movimento; os movimentos de tração e aproximação assim como os movimentos de alongamento. Segundo Adler, Beckers e Buck (2007), os princípios básicos para a PNF são: a resistência (auxilia a contração muscular e o controlo motor, aumenta a força e incrementa a aprendizagem motora); a irradiação e o esforço (utilizam a propagação da resposta ao estímulo); o contacto manual (aumenta a força e guia o movimento com o toque e com a pressão); a posição corporal e a biomecânica (guiam e controlam o movimento ou a estabilização); o comando verbal (utiliza palavras em tom de voz apropriado para direccionar a pessoa); visão (guia o movimento e aumenta o empenho) tração e aproximação (o alongamento ou compressão dos membros e do tronco facilitam o movimento e a estabilidade); estiramento (o alongamento muscular e o reflexo de estiramento facilitam a contração e diminuem a fadiga muscular); sincronização de movimento (promove o sincronismo normal e aumenta a força da contração muscular através da sincronização para ênfase); padrões (movimentos sinérgicos em massa são componentes do movimento funcional normal). Os mesmos autores (2007) afirmam que ao combinar estes procedimentos básicos, obtém-se a máxima resposta da pessoa. Este tema carece de mais pesquisa para compreensão do modelo de intervenção e a sua fundamentação científica, constituindo-se como uma área de interesse enquanto futura EEER. Sobre estes princípios de intervenção, que considero como intervenções inovadoras na prática de cuidados do EEER, um aspeto positivo relaciona-se com o facto de ter vindo esta

aprendizagem no primeiro estágio, pelo que tive oportunidade de partilhar as minhas aprendizagens e demonstrar o conhecimento adquirido, no contexto da ECCI, tendo sido reconhecido pela orientadora como uma mais-valia esta partilha de conhecimento, despertando também na equipa da ECCI a curiosidade sobre a temática. Por último, e dentro da intervenção precoce, procedi ao ensino e ao treino das atividades terapêuticas que podem ser iniciadas no leito para além das mobilizações. Refiro-me aos rolamentos, realização da ponte, realização de oscilações pélvicas, carga no cotovelo e automobilizações do membro superior mais lesado.

A elaboração do estudo de caso (ver Anexo XV) e a sua apresentação aos restantes colegas do CLE em estágio, assim como a participação nas reuniões de partilha de experiências com outros estudantes e com outros enfermeiros, permitiu-me desenvolver competências comunicacionais, nomeadamente, em resumir a informação pertinente, apresentá-la com clareza, contribuindo nos momentos de discussão. Durante os EC não foi possível a realizar ações de formação, pelos constrangimentos impostos pela pandemia, o que se poderia também constituir como um momento de desenvolvimento de competências comunicacionais e formativas. No entanto, no final do último EC decorrido na ECCI, realizei uma apresentação oral dos instrumentos desenvolvidos durante os EC, alguns dos quais adaptados e que ficaram disponíveis para utilização pela equipa de enfermagem da ECCI.

Os diferentes contextos de EC, permitiram-me desenvolver as competências enquanto futura EEER, tendo igualmente contribuído para aprofundar conhecimentos sobre a minha área de interesse relativa à reabilitação cognitiva da pessoa com AVC, compreendendo os fatores facilitadores e inibidores que compõe este processo de transição saúde-doença.

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

2.2.1. Cuida de Pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

A reabilitação contempla um conjunto de conhecimentos e procedimentos científicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (OE, Regulamento n.º 392/2019). A sua ação enquanto profissional de saúde com uma prática profissional científica, está assente num processo sistematizado constituído por etapas, cujo objetivo é melhorar a função, promover a independência, e a máxima satisfação da pessoa (OE, Regulamento n.º 392/2019). Refiro-me ao processo de enfermagem, que segundo Ribeiro, Faria e Ventura (2021) trata-se de uma metodologia que pressupõe a existência de um raciocínio clínico, focado na capacitação, na promoção da autonomia e na qualidade de vida dos seus clientes que vivenciam processos de transição. O modelo teórico de Meleis orientou-me também na compreensão das respostas que a pessoa e família manifestam em relação às mudanças e diferenças que a situação de doença traduziu nas suas vidas.

A avaliação inicial constitui-se como a primeira etapa do processo de enfermagem, podendo ser considerada como os alicerces sobre os quais será construído o programa de reabilitação. Tendo por base o Regulamento n.º 392/2019, os dados colhidos referem-se essencialmente a três dimensões: funcionalidade (a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, eliminação e de sexualidade), respostas humanas às transições vivenciadas; fatores facilitadores e inibidores dos processos de transição/adaptação. Tomei como primeiro passo a consulta do processo clínico dos utentes que tinha a meu cuidado, através do SClínico ou da RNCC, também da equipa de enfermagem e de

outros profissionais de saúde, incluindo igualmente a pessoa e família/cuidador informal. Apesar da informação se encontrar disponível nas plataformas referidas, as quais dispõe de um campo específico de colheita de dados, considerando os meus objetivos formativos e de aprendizagem, senti necessidade de criar um documento de colheita de dados que reunisse os parâmetros fundamentais na avaliação por parte do EEER e de monitorização dos ganhos em saúde obtidos, permitindo-me reformular estratégias de intervenção para otimização dos mesmos (ver Anexo XIV). O documento constituiu-se igualmente como uma ferramenta de auxílio na esquematização dos elementos em avaliação, melhorando o meu desempenho sobretudo na avaliação neurológica do doente, que pela sua complexidade, considero que foi um dos desafios em estágio, sobretudo no estágio na Unidade de AVC. Um exemplo da mobilização deste documento, encontra-se no Estudo de Caso que elaborei (ver Anexo XV), relativo à intervenção do EEER à pessoa com alterações cognitivas decorrentes do AVC. Este documento contempla os instrumentos de recolha de dados propostos pelo Colégio da Especialidade de ER (2016) para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente à avaliação das condições sociais e comunitárias, existiam restrições de visitas aos hospitais relacionadas com a pandemia por COVID-19, o que limitou a avaliação desta dimensão em contexto hospitalar, pois o contacto é realizado exclusivamente via telefone. No entanto, considero que o contacto realizado pelos familiares, constitui-se como um fator facilitador ao ser considerada uma estratégia de reorientação do cliente, de manutenção de laços de pertença e de segurança, fundamentais num processo de transição saudável. Em contexto comunitário, esta dificuldade não se colocava, dado que os utentes durante as nossas visitas estavam sempre acompanhados por um familiar ou cuidador. Além disso a recolha desta informação não se circunscrevia a um momento de interação e de entrevista, como acontece no hospital. Dado que o contexto de intervenção do EEER numa ECCL decorre no domicílio, ao longo de um período de pelo menos 30 dias, era possível ir aferindo algumas das informações

ao longo das visitas, através de observação e análise crítica, não prescindindo da sua validação com as pessoas alvo dos nossos cuidados.

Considero que o ambiente familiar apresenta uma importância incontornável no sucesso da implementação do programa de reabilitação, sendo que a possibilidade de estar presente e de observar as condições de habitação, assim como da dinâmica nomeadamente o papel que cada elemento desempenha dentro da família, os recursos comunitários que dispõe e que recorrem, permite a realização de uma recolha de dados mais precisa e a conceção de um plano de intervenção que vai ao encontro das necessidades da pessoa alvo de cuidados. Os cuidadores da pessoa com alteração da sua funcionalidade, encontram-se expostos a inúmeros eventos geradores de medo, angústia e insegurança, relacionado com as incertezas relativas ao prognóstico e ao desconhecimento do nível de funcionalidade que irá readquirir, mas também por se sentir incapaz de ajudar tanto na minimização da incapacidade como do sofrimento que a pessoa dependente apresenta (Andrade et al., 2009). Assim, integrar a família nos cuidados contribui para uma diminuição das incertezas e inseguranças e, conseqüentemente, a redução dos níveis de stress do cuidador pois, como refere França, Peixoto e Araújo (2020), o enfermeiro especialista detém competências na prevenção/diminuição da sobrecarga dos familiares cuidadores, ajudando-os a compreender a complexidade do processo de transição e empoderá-los para responderem de forma saudável às mudanças que ocorrem inerentes ao exercício do seu novo papel.

Recordo a Sra. I com 81 anos de idade com episódio de AVC do lobo frontal esquerdo, tendo resultado como défices funcionais uma hemiplegia direita e alteração da fluência do discurso, segundo a filha (que se assume familiar cuidador) inicialmente apenas proferia monossílabos que evoluiu para frases, ainda durante os primeiros dias de internamento. Foi referenciada para a ECCI pelo médico de família, após consulta marcada pela filha na sua unidade de saúde de referência, logo após a alta hospitalar. O internamento hospitalar foi de 4 semanas, tendo-se efetivado a primeira visita da equipa da ECCI cerca de 2

semanas após o regresso a casa. Da avaliação neurológica a Sra. I verificou-se o seguinte: orientada no tempo espaço e pessoa, cumpre ordens simples e complexas de forma consistente. Não foram identificadas alterações cognitivas (memória, atenção, funções práxicas, reproduzindo sem dificuldade as atividades solicitadas com o membro superior esquerdo), sem alterações da linguagem, com preservação da nomeação, repetição, compreensão, fluência, leitura, escrita (embora com dificuldade, conseguiu escrever com a mão não dominante o seu nome). Sem alterações do movimento ocular, dos campos visuais e com simetria e mímica facial sem alterações, não se identificando lesões dos pares cranianos. MSD com FM 0/5 (na escala MRC) e tónus muscular 0/5 (Escala Modificada de Ashworth). Sem alteração da força muscular e do tónus nos restantes membros. Como fatores facilitadores do processo de transição a Sr. I apresenta *insight* sobre os seus défices motores e da situação de dependência nas AVD que daí advém, acresce ainda, o envolvimento que demonstra para colaborar no seu processo de reabilitação e na motivação que evidencia na realização dos exercícios prescritos – “quero ficar boa para ajudar a minha filha” (sic). Como fatores facilitadores a Sra. I tem a possibilidade de ter a filha presente diariamente (encontra-se desempregada) e como recursos sociais conta ainda com o apoio de uma IPPS para a prestação de cuidados de higiene e realização de levante diário para cadeira de rodas. Considera-se igualmente facilitador do processo de transição o facto da Sra. I dispor de produtos de apoio que permitem eliminar e atenuar as limitações na sua atividade e a sua participação social, especificamente refiro-me à cama articulada, à cadeira de rodas e ao cadeirão articulado que foi colocado na sala, permitindo que esteja presente e que participe na vida familiar confortavelmente.

Por outro lado, como fatores inibidores do processo de transição, a filha partilhou com a equipa de enfermagem a relação difícil que tem com a mãe “nunca nos entendemos muito bem, mas eu sei que ela precisa de mim [...] dou o meu melhor” (sic). A filha tem 60 anos de idade, com patologia de coluna (que não sabe especificar) sendo incapaz de realizar esforços e carregar pesos, tendo dado

como exemplo na entrevista durante a avaliação inicial, que não tolerava pegar numa paleta de leite (cerca de 6 kg). Por este motivo, manifestou preocupação sobre a sua dificuldade em prestar os cuidados à sua mãe, nomeadamente, trocar a fralda e ajudar a mãe a mudar de posição, proferindo algumas vezes a expressão “eu não posso, não posso mesmo” (sic). A situação impôs uma mudança de papeis, relacionado com a dependência da mãe relativamente à filha para satisfação das suas necessidades, sendo que se assiste durante a interação que a filha interrompe a mãe, refere algumas vezes “você não percebe mãe” (sic).

Validando com a família os objetivos do programa de reabilitação, na recuperação e aquisição do maior nível de autonomia possível. Assim, a intervenção do EEER teve como objetivo melhorar o grau de FM no hemicorpo direito que, conjuntamente com ensino e treino das atividades terapêuticas (oscilações pélvicas, carga no cotovelo e automobilizações do membro superior mais lesado), permitiriam à Sra. A colaborar com a sua filha na mudança da fralda, alternância de decúbito e otimização do posicionamento enquanto está sentada na cadeira/cadeirão, situações referidas como prioritárias para a Sra. I e família. Outra intervenção planeada, consistiu na integração da filha nos cuidados que, como refere Silva et al. (2018) numa RSL sobre as intervenções para cuidadores e sobreviventes de AVC, a aprendizagem de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte dos cuidadores em parceria com os profissionais, permitiu-lhes desenvolver estratégias para a resolução de problemas e de gestão do *stress*. Os mesmos autores (2018) acrescentam que as atividades psicoeducativas referiram-se a ações educativas que, por meio da orientação sobre a doença e aquisição de competências sobre a prestação de cuidados ao seu familiar, promoveram a melhoria na gestão das emoções dos cuidadores e, por conseguinte, aumentaram o seu bem-estar, reduzindo a carga do cuidador relacionada com a prestação de cuidados à pessoa com dependência funcional. Deste modo, foi fornecida à filha informação sobre a lesão cerebral que a Sra. I sofreu, assim como a contextualização dos défices que daí resultaram. Inclui-se a filha na definição dos objetivos do programa de reabilitação. Posteriormente,

procedeu-se a uma capacitação do cuidador fornecendo instruções sobre como lidar com os défices motores, sobretudo em algumas das atividades de vida diária que a filha expressou como sendo as mais desafiantes. Do mesmo modo, fomos conseguindo um progressivo envolvimento da filha na participação da realização e treino das AVD no leito, situação que inicialmente se excluía de participar, optando por ir realizar outras tarefas em casa enquanto trabalhávamos com a Sra. I. Também houve um crescente aumento do interesse na colaboração da filha na realização das mobilizações e dos exercícios de fortalecimento muscular à sua mãe, tendo sido fundamental para a continuidade dos mesmos nos dias em que não havia visita do ER. Assim, considero que este exemplo demonstra a importância da avaliação do contexto sócio-familiar e da dinâmica familiar, de modo a obter-se uma efetividade na integração e envolvimento da família nos cuidados, enquanto parceira na implementação do programa de reabilitação, pois dela também dependerá o sucesso do plano de cuidados estabelecido.

Relativamente à avaliação inicial, esta contempla igualmente a consulta dos MCD disponíveis no processo do doente e, sobretudo no primeiro EC na Unidade de AVC, contei com a ajuda do Orientador para visualização dos exames de imagem como RM, TAC, RX, Ecodoppler, Angio-TAC e Angiografia. O treino da minha observação e análise dos exames de RM TAC e Angio-TAC, foi fundamental para identificar a localização das lesões, associando os sintomas expectáveis para posterior validação no exame neurológico. Esta atividade permitiu-me no momento posterior da avaliação funcional da pessoa, focar a minha atenção na identificação das alterações expectáveis neurológicas que por vezes eram ligeiras e subtis.

O **exame neurológico** adquire uma importância incontornável para desenvolver o tema do meu relatório e o ponto de partida para elaborar o programa de reabilitação. Entenda-se por programa de reabilitação, um processo ativo de capacitação dos indivíduos com défice cognitivo decorrente de uma lesão cerebral ou doença, maximizando as suas funções cognitivas para aquisição de um bom nível de funcionalidade na realização das suas atividades de vida diária

(Ávila, 2003), assim como, para a sua reintegração social e profissional. Sem dúvida que o exame neurológico foi uma das minhas preocupações durante o EC, tendo realizado de modo sistemático a todos os clientes alvo dos meus cuidados, tanto no contexto da Unidade de AVC como na ECCI por considerar que a identificação de alterações cognitivas poderá comprometer o processo de reabilitação, na medida em que podem apresentar dificuldade na integração de nova informação e, portanto, estar comprometido o processo de aprendizagem e de aquisição de novos comportamentos.

A mobilização de escalas na prática de cuidados enquanto EEER permitem evidenciar, documentar e monitorizar os resultados obtidos através do exame neurológico prévio. Segundo as *guidelines* do World Stroke Organization do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), a recomendação vai ao encontro da utilização do instrumento **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** pela facilidade de aplicação em contexto de prática clínica em momentos de prestação direta de cuidados ("*the patient's bed-side*"), podendo ser a avaliação complementada com o MMSE (*Mini-Mental State Examination*). Consequentemente, senti a necessidade de obter a certificação oficial para aplicação e cotação da escala MoCA, que concluí no mês de dezembro de 2020, tendo permitido reconhecer na minha prática, diferenças muito significativas antes e após a certificação. De facto, considero que a certificação permitiu a minimização do enviesamento de resultados, além de ter contribuído para um juízo crítico fundamentado sobre os resultados obtidos, fundamental para o planeamento de planos de intervenção de ER fundamentados. Além deste instrumento, aprofundei conhecimentos e sobre a avaliação do doente com alterações visuo-espaciais, pelo que pesquisei e defini um conjunto de testes que mobilizei durante a minha prática de cuidados – **testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral**. – como o "*Star Cancellation Test*", "*Albert Test*" "*Ota Cancellation*", o desenho do relógio, "*Line Bisection*" e teste de cópia de um desenho com múltiplos elementos. Com o intuito de partilhar com a equipa de enfermagem, primeiramente da Unidade de AVC e posteriormente da ECCI, elaborei um documento que reúne todos estes testes, com a respetiva

instrução sobre a sua utilização e avaliação dos resultados (ver Anexo XVI). Este documento ficou disponível em formato digital para que pudessem ser facilmente impressos os testes considerados pertinentes pela equipa de enfermagem.

Como situação de aprendizagem significativa sobre a importância de incluir instrumentos e escalas para a avaliação cognitiva da pessoa com AVC, relato o exemplo do Sr. J., 62 anos de idade, internado na Unidade de AVC por AVC da ACID com M1 patente. À entrada com hemiparesia esquerda grau 4/5 MRC, desvio oculocefálico para a direita, NIHSS de 1. Durante a passagem de turno, correspondendo a 24h após o AVC, reportaram que o doente tinha revertido os défices neurológicos, no entanto, apresentava-se sonolento e com lentificação psico-motora. Da minha avaliação neurológica identifiquei que o Sr. J. encontrava-se sonolento, facilmente despertável. Orientado no espaço e pessoa e desorientado no tempo (erra no dia da semana do mês). Cumpre ordens simples e complexas de forma consistente. Sem alterações dos movimentos oculares e dos campos visuais. Sem assimetria facial, mimica facial mantida. Sem alterações da sensibilidade, da linguagem e do discurso. Força muscular mantida. Apresentava olhar preferencial para a direita, contudo, quando estimulado (visual, auditivo e tátil) redirecionava o olhar para a esquerda, mantendo a sua atenção, no entanto, em repouso e sem estímulo, mantinha postura corporal preferencialmente rodado para o lado direito. Durante a avaliação neurológica, encerrou várias vezes os olhos, relacionado com a sonolência já anteriormente reportada, necessitando de ser continuamente estimulado para se manter alerta e focado nas atividades solicitadas. Através da observação e da avaliação neurológica clássica, era notória a presença de défices cognitivos pelo que considerei necessário quantificar, através da utilização do instrumento MoCA (ver Anexo XVII).

Dos resultados obtidos foi possível verificar o comprometimento no campo “visuo-espacial/executiva” (score 3/5), com dificuldade em realizar o primeiro exercício que corresponde ao *Alternating Trail Making* e desenho do relógio (apresenta alteração das funções executivas pela dificuldade de atenção na

tarefa). Verificou-se alteração no campo da “nomeação” (score 2/3) por déficit visuo-perceptual e de atenção, prejudicando o reconhecimento do último desenho. No campo da “atenção” (score 1/2 na sequência de números, score 0/1 na série de letras, score 2/3 no exercício de subtração) revelou alteração desta função cognitiva e da memória de trabalho. Relativamente ao campo “linguagem” obteve score máximo de 2/2 na repetição da frase, no entanto com 0/1 na fluência verbal, relacionado com a sua incapacidade de evocar um conceito abstrato, confirmado pelos resultados obtidos no campo seguinte do teste “abstração” com um resultado (0/2). Sobre a “evocação diferida” obteve o score de 0/5 sem pistas e 7/15 com a ajuda de pistas, fornecendo a informação de que existe uma alteração da memória de curto prazo. Por último, no campo da “orientação” obteve um score de 4/6, errando no dia do mês e da semana. O score total do teste MoCA é de 18/30, que contempla mais um ponto devido ao facto do Sr. J ter 4 anos de escolaridade, correspondendo ao intervalo de cotação relativo ao “défice cognitivo ligeiro”. Os dados obtidos confirmam a existência de déficit cognitivo de atenção, memória e orientação que tinham sido detetados na avaliação neurológica prévia, no entanto, persistem algumas dúvidas relativamente à presença de negligência espacial unilateral, sobretudo pelo desempenho obtido ao nível do desenho do relógio. Por esse facto, foi solicitado novamente a realização do desenho do relógio com a instrução de distribuição dos números no relógio e a colocação dos ponteiros marcando as nove e dez (ver Anexo XVII). Confirmou-se novamente alteração visuo-espacial, pelo que foram aplicados os testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral (*Star Cancellation Test*, *Albert Test* e *Line Bisection*), tendo conseguido realizar todos com sucesso.

Perante as alterações identificadas e considerando que o Sr. J. seria transferido nesse mesmo dia, por melhoria do seu quadro clínico sem necessidade de cuidados intermédios, não foi estabelecido um programa de reabilitação, mas implementados exercícios que poderão ser replicados noutra contexto (enfermaria/domicílio), sendo responsabilidade do EEER contemplar essa informação na carta de transferência para que possam ser incluídos no seu

programa de reabilitação, garantindo a continuidade de cuidados. Deste modo, além das estratégias de reorientação, o Sr. J. foi abordado pelo lado esquerdo, com aumento do estímulo tátil, visual e auditivo desse mesmo lado. A mesa foi colocada do seu lado esquerdo, promovendo a rotação do tronco para o lado esquerdo, onde constavam objetos pessoais, tendo sido incentivado a realizar tarefas relacionadas com o autocuidado, nomeadamente lavar os dentes, solicitando que organizasse os objetos, que os nomeasse e descreve a sua funcionalidade, numa perspetiva de manter a atenção para a realização das atividades com sucesso. Foram igualmente implementados alguns exercícios de treino da memória e da atenção que se encontram no compêndio de “Exercícios de Reabilitação Cognitiva” que elaborei. Propus também ao Sr. J. a realização e um exercício de varrimento visual forçado e que consiste na colocação de uma mesa de trabalho centrada na linha media do doente, onde são colocados *post it* de diferentes cores na porção esquerda ou direita da mesa, e depois solicita-se que retire os *post it* de determinada cor desse mesmo lado e o coloque no lado contrário.

Considerando o exposto, a utilização de escalas e outros instrumentos na avaliação inicial, permite avaliar com maior detalhe e traduzir quantitativamente essas mesmas alterações. Esta prática, permite a monitorização da evolução do cliente alvo de cuidados de enfermagem, constituindo-se um meio de mensurar os ganhos em saúde obtidos e, por conseguinte, tanto justificar a importância da intervenção do EEER (OE, 2016).

Contudo, a aplicação de escalas não se limitou aos instrumentos que avaliam a função cognitiva, foram igualmente mobilizados instrumentos reconhecidos pela comunidade científica e aprovados pelo CMER, servindo como instrumentos de monitorização e avaliação do plano de cuidados definido, objetivando os ganhos em saúde. Posto isto, mobilizei ao longo de ambos os contextos de EC a escala Guss, Morse, Braden, Barthel, a Medida de Independência Funcional (MIF), Borg Modificada, *Medical Research Council* (MRC), Escala Numérica de Dor. Acrescento ainda que a função músculo-esquelética foi

igualmente monitorizada com recurso ao goniómetro (apenas disponível em contexto hospitalar) para avaliar os ganhos obtidos ao nível da amplitude articular. Tendo em conta a especificidade das necessidades dos clientes de cada contexto, utilizei apenas na Unidade de AVC a *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS). Por outro lado, na ECCI foram utilizadas especificamente a escala Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) e a Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF).

No que concerne à avaliação respiratória, não surgiram muitas experiências durante os EC para elaboração de um programa de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR), mas recordei uma experiência bastante enriquecedora ao nível da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento nesta área de intervenção enquanto estudante de ER. Trata-se do Sr. F. de 52 anos de idade, com doença por COVID-19 tendo resultado um internamento na UCI com necessidade de ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda. O internamento teve uma duração de 5 semanas (2 semanas na UCI 2 e as restantes em contexto de enfermaria). Da avaliação funcional inicial realizada, o Sr. F. reside com a esposa e com um filho com 15 anos, em moradia com 2 pisos, com 12 degraus dentro de casa e mais 6 degraus à entrada da moradia. O WC encontra-se equipado com banheira que utiliza com ajuda de banco. Encontrava-se orientado no tempo, espaço e pessoa, sem défices neurológicos identificados. Não apresenta défices sensório-motores ou alterações do equilíbrio. Força muscular mantida 5/5 (MRC) em todos os segmentos corporais. Sem alteração da eliminação intestinal e vesical. Autónomo no alimentar-se, nas transferências e para deambular, contudo, deambula por curtas distâncias e evita a utilização das escadas por dispneia a pequenos esforços (refere Borg de 9 para quantificar a dispneia para o uso das escadas). Apresenta capacidade na gestão do seu regime terapêutico. Recusou apoio domiciliário, por considerar que autonomamente consegue realizar os cuidados de higiene utilizando estratégias de conservação da energia e contando com a supervisão/assistência da esposa. O objetivo do Sr. F. é readquirir a tolerância ao esforço e à atividade física, melhorando o seu

desempenho nas suas AVD e, posteriormente, retomar a sua atividade profissional. Como fatores facilitadores do seu processo de transição identifica-se a motivação que o Sr. F. tem para colaborar no seu processo de reabilitação, a presença da esposa grande parte do dia uma vez que trabalha por conta própria, tendo alguma flexibilidade de horário de trabalho. Como fatores inibidores, existem algumas barreiras arquitetónicas na sua habitação que dificultam o seu acesso para a rua, tendo o Sr. F. já referido a vontade de retomar as suas caminhadas pelo quarteirão.

Relativamente à sua avaliação da função respiratória, o Sr. F. apresentava-se eupneico em ar ambiente, com padrão respiratório predominantemente torácico, simétrico, superficial e SpO₂ periférica de 95%. Sem alterações identificadas na palpação e na percussão. Procedi à auscultação, apresentando murmúrio vesicular mantido em todos os lóbulos pulmonares, sem ruídos adventícios audíveis. Reflexo de tosse eficaz, sem secreções. Em repouso refere cansaço moderado, que na escala de Borg Modificada corresponde a 3 (utilizada régua com escala de Borg Modificada que se encontra no Anexo XI).

Realizada a avaliação inicial e validados os objetivos do Sr. F. e família, o programa de reabilitação implementado contemplou intervenções de reeducação funcional respiratória, que incluiu exercícios de relaxamento geral e respiratório, consciencialização da dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de respiração abdomino-diafragmática, exercícios de reeducação costal global e seletiva do hemotórax esquerdo e direito, exercícios de abertura costal global com bastão (utilizado chapéu de chuva em substituição), ensino de técnicas de conservação de energia de modo a capacitá-lo na realização dos seus autocuidados. Foram igualmente implementadas intervenções no âmbito da reeducação funcional motora com a realização de exercícios de fortalecimento muscular dos músculos dos membros superiores e inferiores, assim como exercícios direcionados para melhorar a amplitude articular ao nível dos membros superiores e inferiores. Inicialmente o número de repetições por exercício eram reduzidos por o Sr. F. referir Borg 5 a 7 durante a realização de alguns exercícios,

pelo que também as primeiras sessões de reabilitação foram temporalmente mais reduzidas (entre 20 a 30min) com necessidade de pausas prolongadas entre exercícios. No período em que decorreu o estágio, a novidade perante a intervenção e tratamento dos doentes com sequelas após doença por COVID-19, encontrava-se bastante dispersa e de pouca credibilidade científica. Pelo que senti necessidade de elaborar um folheto informativo sobre o tema que forneci ao Sr. F., o qual incidia sobretudo sobre a reabilitação e a retoma da atividade física: “Reabilitação Respiratória e Motora após infeção por COVID-19 - Promoção da atividade física e do exercício” (ver Anexo XII). Complementei esse documento, com a elaboração de um plano de treino que dispunha de imagens ilustrativas acompanhadas pela instrução de realização dos exercícios: “Prescrição do treino: - Reeducação funcional respiratória - Aumento da tolerância ao esforço e exercício” (ver Anexo XIII). Progressivamente foi-se observando uma melhoria da sua função respiratória, com impacto positivo na sua funcionalidade e autonomia nas AVD, traduzido por um cansaço referido pelo Sr. F. de 1 (escala de Borg Modificada) e quando utiliza as escadas de 7. Retomou as suas caminhadas após 3 semanas de intervenção do EEER, partilhando que tem progredido na distância dos seus passeios, manifestando a sua satisfação perante os resultados obtidos.

Durante o EC em contexto comunitário, surgiu a oportunidade de prestar cuidados especializados à pessoa em cuidados paliativos. Segundo Alves e Babo (2021), os EEER estão dotados de conhecimentos e competências para facilitar o processo de adaptação ao declínio funcional e à perda de autonomia, que caracterizam as situações de fim de vida. Continuum (2021) afirmando que a reabilitação é fundamental para fazer face às alterações de mobilidade, fadiga, dor, bem-estar, dispneia, estado emocional, alterações cognitivas, obtendo-se uma maior qualidade de vida para o doente e família. Recordo a situação do Sr. O. com 38 anos, com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica há cerca de 9 meses (acompanhado no Hospital de Santa Maria). Verificou-se uma evolução galopante da doença, com deterioração da sua funcionalidade e perda de autonomia, comunica através de computador utilizando o movimento ocular para

se expressar através de *software* próprio para o efeito. Orientado no tempo, espaço e pessoa. Verificando-se uma tetraparésia espástica com força muscular grau 1/5 (MRC) em todos os segmentos corporais, com ligeira diminuição das amplitudes articulares nos membros superiores e inferiores. Ventilação não invasiva com BIPAP 24h/dia. Faz utilização de *cough-assist* cerca de 2x/dia (manhã e à noite), mãe capacitada tendo sido validados conhecimentos sobre a sua utilização. Alimentado por PEG desde há 3 meses.

Vive com a mãe desde há 1 mês, após agravamento significativo da sua situação de saúde. Previamente vivia com a esposa e dois filhos de 4 e 7 anos, tendo sido decisão do casal esta alteração, alegando ser o melhor para proteção dos filhos. Desde o seu diagnóstico, tem sido acompanhado pela Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica: APELA, que têm providenciado o apoio necessário relativamente aos produtos de apoio necessários, fisioterapia 2x/semana, acompanhamento por psicólogo. Como recursos, conta ainda com a ajuda dos seus colegas da corporação de bombeiros, que auxiliam diariamente a sua mãe na prestação de cuidados, minimizando a sobrecarga emocional e física associada à situação de saúde do Sr. O. Assim, e em colaboração com o Sr. O e com a sua mãe, o plano de reabilitação definido centrou-se na promoção do conforto, controlo de sintomatologia, prevenção de complicações, capacitação da cuidadora na prestação dos cuidados necessários nesta fase da doença grave, mas também, e como refere Alves e Babo (2021), a família deve ser assistida na gestão do fim de vida e apoio no luto.

Neste âmbito, as sessões de reabilitação contemplavam a promoção de um ambiente de relaxamento, com diminuição dos estímulos sonoros no quarto e a colocação de uma música de relaxamento escolhida e reproduzida pelo Sr. O. através do seu computador adaptado. Posteriormente, eram realizadas as mobilizações passivas nos membros superiores e inferiores, respeitando as amplitudes articulares que se encontravam diminuídas, de modo a não provocar dor e desconforto. Realizava-se também intervenção ao nível da RFR no sentido de melhorar o conforto e minimizar o trabalho respiratório, pelo que eram

realizados exercícios de abertura costal global e seletiva bilateral, assim como, manobras de limpeza das vias aéreas, com a utilização de *cough-assist*. No final de cada sessão, era reservado um momento de interação em privado com a mãe, permitindo que se expressasse sobre os medos e preocupações existentes, ajudando na resolução de eventuais problemas, de modo a diminuir as preocupações e o *stress* emocional expectável nesta situação. A intervenção da ECCI decorreu durante 3 semanas, sendo que num dos episódios de descompensação respiratória durante a madrugada de um domingo, pediu para ir ao hospital, onde viria a falecer.

Da minha análise crítica sobre os factos aqui partilhados, considero que consegui desenvolver a competência específicas do EEER “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”.

2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Perante um evento de doença, poderá surgir uma situação de incapacidade que iniba, à partida, a participação da pessoa na sua vida social, pelo impacto que a dependência traduz na realização das AVD. No entanto, incapacidade não é sinónimo de restrição da sua participação social, pelo que é necessário intervir no sentido de capacitar a pessoa e família/cuidador, sobre estratégias e técnicas específicas de autocuidado em concordância com as limitações apresentadas, sendo incontornável a intervenção do EEER no ensino, treino e supervisão das AVD.

Após uma situação de AVC, podem surgir um conjunto de alterações neurológicas mais comuns, devendo ser esse o seu foco de intervenção enquanto EEER, nomeadamente sobre: as alterações do **movimento corporal** (diminuição da força muscular/espasticidade), comprometimento da **coordenação**, alterações

sensoriais, déficit **cognitivo** (atenção, memória, linguagem, percepção visuo-espacial/negligência espacial unilateral e funções executivas), **disartria**, **alterações visuais** (dos campos visuais e da motricidade ocular), **disfagia** e **alteração do equilíbrio** (OMS, 2009). Estas alterações traduzem-se na diminuição da funcionalidade e no aumento da dependência na realização das suas AVD, pelo que é imperioso que o EEER atue na reeducação das funções motoras, sensoriais e cognitivas lesadas, pois como concluem os autores Godinho de Matos e Simões (2022), o ensino e treino do autocuidado proporciona a aquisição da máxima funcionalidade e qualidade de vida, com impacto no processo de regresso a casa e à comunidade.

O meu estágio na Unidade de AVC proporcionou a implementação de planos de intervenção que incluíam o ensino, treino e supervisão das AVD, implementados o mais precocemente possível desde que reunidas a estabilidade hemodinâmica da pessoa com AVC. Deste modo, a pessoa com lesão neurológica era incentivada a realizar as suas atividades de autocuidados, recorrendo a padrões de movimento próximos da normalidade. Constatei que a adesão às atividades relacionadas com o autocuidado, era maior comparativamente com os exercícios direcionados para determinado aspeto funcional, como por exemplo, numa situação de afasia quando propunha a realização de exercícios de papel-caneta com listas de palavras por vezes, tinha menor adesão, comparativamente com o exercício de leitura de uma notícia de jornal e cópia do seu título.

Recordo a situação do Sr. R. de 74 anos de idade, com AVC da insula e núcleo capsular, por oclusão de M1 direito, do qual resultou um quadro de plégia, disartria e desvio oculocefálico, apagamento do sulco nasolabial e anosognosia. Tinha sido colocada sonda nasogástrica. No processo estava assinalado que na admissão tinha um NIHSS de 11. Após tratamento endovascular, apresentou melhoria dos seus défices neurológicos. Segundo a minha avaliação neurológica, o Sr. R encontrava-se vígil, orientado no tempo, espaço e pessoa. Cumpre ordens simples e complexas. Sem alterações da linguagem, sem alterações do discurso, pelo que reverteu quadro de disartria. Sem oftalmoparésias (com reversão do

desvio oculocefálico). Sem alterações campimétricas. Discreto apagamento do sulco nasolabial esquerdo. Prova de braços estendidos com discreta flexão dos dedos e do punho aos 10 segundos. Prova de Mingazzini com discreta queda do MIE (grau 4/5 no MIE na escala MRC), sem tocar na cama aos 5 segundos. Prova índex-nariz e calcanhar-jelho no hemicorpo direito, sem alterações. Não testado à esquerda por déficit de força (grau 4/5 no MSE na escala MRC). Déficit de atenção (score 3/6 no campo da atenção do teste MoCA) e negligência espacial unilateral esquerda (alterações visuo-espaciais e executivas na cópia do cubo e desenho do relógio no teste MoCA). Anosagnósico. Sem alterações sensitivas. Durante a marcha, apresenta discreto desvio para a esquerda e comprometendo o equilíbrio dinâmico (Berg 47/56). Necessita de NIHSS de 6. MoCA 22/30 com score representativo de déficit cognitivo ligeiro (ver Anexo XVIII). Refletindo-se as alterações neurológicas na funcionalidade e dependência para o autocuidado, com Barthel de 47 e MIF de 75.

No doente com AVC, a avaliação neurológica deve ser complementada com a avaliação do processo de deglutição, primeiramente com uma avaliação indireta, com o Sr. R. bem sentado no leito. Considerando a complexidade desta avaliação, elaborei uma *checklist* que facilitou o desenvolvimento das minhas competências nesta área específica de intervenção, que inclui a mobilização da escala de Guss (ver Anexo XIV relativo ao subcapítulo da Avaliação da Deglutição). Assim, verificou-se o seguinte: capacidade de cumprir ordens, tosse eficaz, eupneico com SpO₂ de 97% e sem ruídos respiratórios, prótese dentária bem adaptada, deglute a saliva observando-se movimento faríngeo no processo, e sem perda de saliva. Da avaliação dos pares cranianos, constatou-se: alteração do VII na sua componente motora, por assimetria facial do tipo central; sensibilidade da face mantida (V par); realiza a protusão da língua mantendo-a centrada sem alteração dos seus movimentos (XII par); alteração do IX e X pares por apresentar úvula hipotónica, com assimetria do véu do palato, reflexo de vômito abolido, contudo sem alterações no tom de voz (despistada rouquidão, voz molhada, hipofonia, afonia, voz nasalada ou bitonal); sem alteração do XI par, conseguindo elevar os

ombros e realizar movimentos de lateralização da cabeça sem dificuldade ou assimetrias. Posto isto, da avaliação indireta emergiram os seguintes sinais de alerta: parésia facial ligeira do andar inferior, ausência do reflexo de vômito, hipotonia e desvio da úvula e anosognosia. Assim, perante os sinais de alerta enunciados, não se prosseguiu para a avaliação direta pelo elevado risco de aspiração. Manteve-se sonda nasogátrica.

Perante o exposto, os focos de atuação enquanto futura EEER são a força muscular diminuída (implementação de exercícios de fortalecimento muscular ativos-resistidos com recurso a halteres), a disfagia (exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe, especificamente dos lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato mole, com recurso ao compêndio que elaborei e que consta no Anexo IX), alterações da função cognitiva com défice de atenção (incentivo à realização de tarefas variadas para treino da concentração, tanto as que compõe as atividades relativas ao autocuidado, como os exercícios de papel-caneta como consta no Anexo VIII), negligência espacial unilateral esquerda (aumento do estímulo sensorial no hemisfério esquerdo com recurso a *post it* que eram colados em cima do braço, solicitando o varrimento visual para o lado esquerdo, a identificação das cores e a interação do hemisfério direito com o esquerdo, por exemplo quando se pede para retirar os *post it* azul do braço esquerdo e colar no canto superior direito da mesa de trabalho; e a realização dos testes de negligência unilateral que funcionaram como diagnóstico e exercícios de treino cognitivo, que se encontram no Anexo XVIII). Acrescentei ainda na minha intervenção durante o treino das AVD, o incentivo para utilização do hemisfério esquerdo em todas as atividades, no sentido de aumentar o estímulo e a integração funcional desse hemisfério nas tarefas significativas do autocuidado, contribuindo igualmente para o processo de consciencialização do Sr. R. sobre as mudanças e diferenças na sua funcionalidade decorrentes do evento de doença.

Indissociável do diagnóstico de disfagia está a necessidade de intervir na Reeducação Funcional Respiratória, dado o seu benefício na melhoria do padrão

ventilatório e da mecânica ventilatória, ao assegurar a permeabilidade das vias aéreas, promover o fortalecimento da musculatura respiratória e, portanto, reduzindo o risco de aspiração (Braga, 2017). Deste modo, incluí no programa de intervenção do Sr. R., exercícios de reeducação costal seletiva e global, manobras de compressão e descompressão do tórax, mantendo o correto alinhamento corporal para otimização da relação ventilação/perfusão, prevenindo o desenvolvimento de atelectasias, infecções respiratórias ou defeitos posturais (OE, 2018).

Verificou-se uma melhoria progressiva nos défices neurológicos identificados no Sr. R, tendo sido transferido para o hospital da área de residência com um NIHSS de 5, refletindo-se na melhoria da sua funcionalidade e na sua dependência para o autocuidado, mensuráveis através da aplicação das seguintes escalas de monitorização: Berg de 51, Barthel de 70, MIF de 91. Constatei uma maior colaboração relativamente ao ensino e treino das AVD, verificando-se uma maior capacidade de concentração nas tarefas que desempenhava, maior consciencialização sobre a disposição dos objetos e mobiliário situados à sua esquerda. Outro aspeto positivo, esteve relacionado com a alternância na realização dos exercícios de fortalecimento muscular e da amplitude das estruturas da orofaringe, entre a mobilização do compêndio e a App no telemóvel em que permite a demonstração do vídeo com os exercícios que deveria repetir. A adesão aos exercícios de papel-caneta propostos para o treino da atenção, foi progressivamente crescendo ao longo dos dias de internamento, sendo que inicialmente foram de difícil adesão, tendo-me desafiado a ser criativa na abordagem e planeamento das estratégias de intervenção.

Efetivamente os estudos demonstram falta de evidência científica sobre a eficácia inequívoca da reabilitação cognitiva na pessoa com AVC, no entanto, ressaltam que ao não prejudicar o normal processo de reabilitação, poderá ter maior benefício para a pessoa a implementação destes planos de intervenção em detrimento da sua privação. Os ganhos obtidos ao nível da sua funcionalidade, contribuem para o processo reintegração na vida familiar e comunitária.

Relativamente ao contexto comunitário, e para ilustrar o meu processo de aquisição da segunda competência específica do ER, considero pertinente referir o caso da Sra. L. com 71 anos de idade, admitida na ECCI após referenciação pelo hospital, na sequência da realização de artroplastia total do joelho esquerdo (ATJ) por alteração degenerativa da cartilagem articular (gonartrose). Neurologicamente encontrava-se orientada, no tempo espaço e pessoa. Sem alterações das funções cognitivas. Na escala de força da MRC verifica-se alteração da força exclusivamente no MIE ao nível do segmentos flexão-extensão do joelho com força grau 3/5 e flexão-extensão coxofemoral grau 4/5. Tónus muscular 1/5 no MIE, encontrando-se com grau 0 nos restantes membros (Escala Modificada de Ashworth). Amplitude articular do joelho esquerdo diminuída com flexão máxima a 90° (recurso a goniómetro). Vive com a filha e com o neto (adulto). A filha assume-se como cuidadora principal da Sra. L., sendo que o neto esporadicamente também auxilia a avó, mas apenas quando solicitado. Vive no 1º andar de um prédio com elevador, sem necessidade de uso de escadas de acesso entre a rua o seu apartamento. Aquando da primeira avaliação pela equipa da ECCI na admissão da Sra. L. (3 semanas após a cirurgia), esta encontrava-se dependente nas AVD (Barthel de 65); apresentava dor no joelho não controlada referindo dor em repouso grau 5 na escala analógica da dor (a orientadora referiu que foi articulado com médico de família, no ajuste da terapêutica analgésica para que fosse possível implementar o programa de reabilitação); dificuldade na utilização do andarilho e receio em deambular sem assistência da filha. No meu primeiro contacto (6 semanas após a cirurgia e 3 semanas após integração na ECCI), a Sra. L. é autónoma no uso de WC, na realização dos seus autocuidados, mantendo necessidade de supervisão para os cuidados de higiene e deambular no exterior do apartamento (Barthel 85). Dor controlada, com medicação em SOS que refere tomar raramente (dor em repouso grau 1 e grau 4 máximo durante a realização dos exercícios, na escala analógica da dor). Verificou-se igualmente uma melhoria na amplitude articular do joelho esquerdo, até 100°. Apesar de reconhecer os ganhos obtidos ao nível da sua funcionalidade, refere que gostaria

de retomar algumas atividades como deslocar-se à rua e ir às compras sozinha, demonstrando vontade de aprender estratégias para re aquisição da sua autonomia, respeitando as medidas de segurança e reconhecendo as suas limitações. Reconhece igualmente que o seu neto poderá ser um fator facilitador para atingir os seus objetivos no plano terapêutico referindo “ele tem mais força do que a minha filha [...] sinto-me mais segura se ele me ajudar nas escadas” (sic), referindo-se ao treino realizado nas escadas.

Perante esta situação de cuidados, foram identificados como foco nos cuidados especializados de reabilitação à Sra. L, o movimento muscular e a rigidez articular. Assim, intervindo sobre estes focos, foi possível obter melhores níveis de funcionalidade, que se traduziram em ganhos em saúde e que contribuíram para a sua reintegração social e, portanto, com impacto na melhoria da sua qualidade de vida da Sra. L. Nesta fase, propus e implementei em colaboração com a orientadora, a realização de técnicas de exercício muscular ativo-resistido dos segmentos coxofemoral e do joelho esquerdo (com recurso a banda elástica de resistência ligeira a moderada); execução de exercícios musculares e articulares ativos, como contrações isométricas dos glúteos, quadricípites e isquiotibiais e exercícios isotónicos de extensão-flexão do joelho esquerdo e da articulação coxofemoral, sentada na cadeira e na posição em pé com apoio nas costas da cadeira, incluindo agachamentos. Foi igualmente iniciado treino com canadianas aquando das nossas visitas. Relacionado com o risco de rigidez articular no MIE, foram realizadas técnicas de exercício muscular e articular ativo-assistido dos segmentos articulares coxofemoral e joelho esquerdo; realizados ensinamentos à Sra. L. e à filha sobre: não colocar uma almofada por baixo do joelho, para facilitar a extensão do mesmo; manter alinhamento corporal, sobretudo nos decúbitos laterais, com o joelho lesado em extensão; e, na posição de sentada, usar um banco para manter a extensão do joelho, não devendo permanecer sentada com a flexão do joelho durante muito tempo, privilegiando esses momentos para manter a articulação ativa, com a realização de movimentos de flexão-extensão. Iniciado também treino de escadas com recurso a uma

canadiana. A Sra. L. foi igualmente incentivada a manter-se ativa mesmo na ausência da equipa da ECCL, repetindo os exercícios realizados durante as sessões de reabilitação (fornecido material de apoio escrito com ilustrações) e o treino de marcha e de escadas, este último numa fase mais tardia e com a ajuda do seu neto.

Após a intervenção do EEER de cerca de 10 semanas, a Sra. L. deslocou-se até ao minimercado próximo da sua casa, utilizando as escadas do seu prédio e fazendo uso de mochila (sugestão dada para que pudesse tornar a sua ida às compras, numa atividade promotora do máximo a sua autonomia) para que conseguisse transportar as suas compras, sem prejudicar a utilização segura das canadianas. Deste modo, considero que os ganhos obtidos ao nível da força muscular, amplitude articular e na gestão da dor, permitiram adquirir um melhor nível de funcionalidade e diminuição do grau de dependência da Sra. L. O estudo de caso realizado por Leitão et al (2022) corrobora estes achados, afirmando que o EEER tem papel determinante no processo de reabilitação da pessoa submetida a artroplastia do joelho, contribuindo para a reinserção familiar, social, para o exercício de cidadania e, portanto, contribuído na facilitação do processo de transição.

Se compete ao EEER orientar a pessoa na aquisição de produtos de apoio, como sejam ajudas técnicas ou dispositivos de compensação (OE, 2019), também a identificação das barreiras arquitetónicas e a sua eliminação, constituem-se como responsabilidades profissionais do enfermeiro especialista. Recordo o Sr. G. de 76 anos de idade que se encontrava numa fase final de acompanhamento pela ECCL, por síndrome de imobilidade decorrente de uma hospitalização prolongada por descompensação da IRC. O Sr. G vive num 3º andar sem elevador, tendo de realizar deslocações à clínica de hemodiálise 3 vezes por semana, com apoio da corporação de bombeiros. Durante o internamento foi referenciado para a ECCL e, após a alta hospitalar, na primeira visita ao domicílio da equipa foram identificadas as barreiras arquitetónicas e sinalizado o caso à Assistente Social. Num trabalho multidisciplinar, foi possível a aquisição e instalação de uma cadeira

elevatória nas escadas do prédio, assim como adquirido o andarilho através do projeto, tudo isto ao abrigo do apoio da Segurança Social (SAPA). Relativamente a esta situação descrita, o enfermeiro valida a existência de barreiras físicas, que se traduzam em desvantagem social e sendo detentor de informação sobre e os recursos existentes na comunidade, mobiliza-os de modo eficaz, mesmo que a sua intervenção passe também pelo encaminhamento para outro profissional da equipa multidisciplinar, como neste exemplo, à Assistente Social.

Como referi anteriormente, trata-se de uma competência comum do EE garantir uma prática segura minimizando os riscos associados à situação de saúde, tomando medidas preventivas por forma a não resultarem danos comprometam o processo de reabilitação e os ganhos em saúde. Refiro-me, por exemplo, ao elevado risco de queda em pessoas que por lesão cerebral por AVC, apresentam alteração das funções cognitivas, seja por alteração da sua consciência, da orientação, da atenção ou da memória e, portanto, apresentam incapacidade para reconhecer os seus limites condicionados pela presença de défices neurológicos. Os doentes com anosognosia eram um exemplo da necessidade de intervenção especializada do ER, quer na identificação do défice neurológico, como na tomada de decisão de implementar e de sensibilizar a equipa para a adoção de medidas de segurança (baixar o plano da cama ao nível do chão, elevar grades da cama, proporcionar um ambiente calmo gerindo os estímulos do ambiente). A par com essa intervenção, o EEER tem a responsabilidade de intervir reorientando a pessoa no ambiente, tempo e pessoa; solicitando o seu envolvimento na identificação dos seus défices através da demonstração, da solicitação de realização de tarefas com o lado lesado ou redirecionando a sua atenção para o lado negligenciado, promovendo assim uma consciencialização sobre as mudanças decorrentes do AVC e a necessidade de se envolver no seu processo de recuperação. Neste ponto, o EEER assume-se como elemento de referência, com a responsabilidade acrescida perante a equipa, na sensibilização dos enfermeiros e restantes elementos da equipa multidisciplinar,

alertando para a situação de risco identificada e fornecendo indicações sobre estratégias para a minimização do risco.

Analisando criticamente o meu percurso, considero que desenvolvi a competência definida, contribuindo para o seu processo de transição saudável e conseqüentemente, para a sua reintegração familiar e social. Como referem Reis et al. (2021), o EEER atua sobre os ambientes envolventes de modo a torná-los mais seguros e mais acessíveis, de modo a recuperar ou adaptar trajetórias individuais que se desviaram da saúde ou da independência.

2.2.3. Maximização da funcionalidade de desenvolvimento das capacidades da pessoa.

Este último domínio reafirma a necessidade de o enfermeiro implementar planos de reabilitação permeáveis ao ajuste, relativamente aos objetivos e às estratégias de intervenção. Quero com isto dizer, que para se obter ganhos na maximização do potencial funcional da pessoa que experiêcia uma situação de dependência, implica que o enfermeiro seja capaz de obter dados objetivos que possam ser comprados ao longo do processo de reabilitação de forma a serem ajustados às novas necessidades que emergiram, aos fatores facilitadores e inibidores que tenham surgido, tornando-o eficaz na facilitação do processo de transição da pessoa/família. Por exemplo, numa situação de lesão cerebral por AVC poderão induzir situações em que a pessoa não tem consciência do seu défice neurológico, pelo que, os objetivos inicialmente definidos no plano de reabilitação tendem a incidir sobre o treino das atividades de vida diária e no treino das funções alteradas, em detrimento de intervenções do tipo ensino e capacitação, que impliquem capacidade de aprendizagem que nesse momento se encontra alterada.

Recordo o Sr. N. de 75 anos de idade, com AVC da insula por oclusão da ACM direita, não tinha perceção dos défices neurológicos que daí decorreram, que

além da anosognosia, apresentava hemiplegia do MSE e parésia do MIE (grau 3/5 na escala MRC) e hemihipostesia esquerda. Verificava-se igualmente alterações do movimento ocular, com limitação na abdução e superversão do OE, alterações que foram confirmadas com a família, que já era um défice prévio ao evento AVC, comprovado através do envio de fotos para a equipa da Unidade de AVC. O Sr. N. encontrava-se sonolento, mas facilmente despertável ao estímulo auditivo/tátil, desorientado no tempo e no espaço, com olhar preferencial para a direita, desatenção profunda no hemicorpo esquerdo e referiu várias vezes durante a avaliação neurológica que iria levantar-se para ir ao WC. Considerando as alterações neurológicas descritas, foram implementadas nesta fase inicial, estratégias no sentido de aumentar a consciência sobre o espaço envolvente integração do hemicorpo esquerdo no esquema corporal, sendo o treino das AVD utilizado com o mesmo objetivo, permitindo aumentar o estímulo sensitivo no hemicorpo esquerdo durante as AVD, assim como o confronto com os seus défices funcionais e a dependência que daí decorre, mas também contribui como exercício promotor do varrimento visual no espaço onde decorre a ação (no leito ou no WC), direcionando a sua atenção não só para a tarefa como para o espaço envolvente (disposição do mobiliário à direita e esquerda do Sr. N.).

Relacionado com os contributos da implementação do seu plano de reabilitação, assim como, devido à normal evolução do evento da doença, verificou-se uma melhoria das funções neurológicas. Assim, à medida que o Sr. N. foi demonstrando capacidade de reconhecer algumas dos seus défices e limitações, procedeu-se ao ensino sobre estratégias de realização das AVD, no sentido de aumentar o seu grau de autonomia. Isto demonstra que os programas de reabilitação devem ser permeáveis às necessidades e às capacidades que a pessoa apresenta no momento, de modo a poder dar uma resposta efetiva na aquisição da sua máxima funcionalidade. Como já referi anteriormente, nem sempre a motivação demonstrada pela pessoa inicialmente ao evento do AVC, é igual ao envolvimento nas fases subsequentes. Este aspeto está relacionado igualmente com a fisiopatologia do AVC, pois inicialmente podem ocorrer

fenómenos de sonolência e cansaço, com impacto na atenção e consequentemente, na colaboração da pessoa no seu processo de reabilitação.

Outra responsabilidade do EEER, refere-se à adaptação dos instrumentos de apoio à prática de cuidados como por exemplo, os folhetos informativos, pois devem ter em consideração as capacidades da pessoa e família para compreensão da informação fornecida. Explicitando, o documento de apoio para o ensino e treino sobre as AVD, prevenção de complicações ou de auxílio à realização de outros exercícios de reabilitação, devem ser adequados não fornecendo informação desnecessária, o que atua negativamente por não se encontrar adaptada à realidade e às capacidades da pessoa em questão, podendo até surgir como elemento potenciador de stress ou de fraca adesão/mobilização. Por esse facto, os instrumentos que fui elaborando e disponibilizando nos diferentes contextos de estágio, foram projetados para que o enfermeiro que os utilizasse possa selecionar os exercícios que considera mais pertinentes para aquela pessoa/família e, desse modo, imprimir e fornecer apenas os exercícios que permitam alcançar benefícios na funcionalidade da pessoa.

O conteúdo desses mesmos instrumentos de apoio à intervenção do enfermeiro, devem conter informação escrita ilustrativa adequada a pessoa, recordando novamente a situação do Sr. F., a quem entreguei um folheto informativo sobre a COVID-19, o qual adaptei ao seu nível de escolaridade (12º ano de escolaridade completo), após ter identificado o seu interesse em perceber melhor o impacto da doença na sua saúde. Assim, através de pesquisa selecionei as informações mais pertinentes, conferindo-lhe a garantia de que a informação disponibilizada era a mais atualizada e fundamentada em estudos e divulgação científica credível.

Atuei com base nos mesmos pressupostos, no caso da Sra. A., a qual tinha sido intervencionada cirurgicamente para uma artroplastia da anca direita e referenciada para a ECCI por esse motivo. A Sra. A manifestou dificuldade em repetir os exercícios realizados durante as sessões de reabilitação, porque se esquecia de como os realizar e quais os exercícios que deveria cumprir. Assim,

procedi à colocação de uma folha A4 na parede da sala junto ao sofá, local que escolhe para a realização dos exercícios. Trata-se de um instrumento cujo objetivo é a rápida visualização, sendo constituído apenas por imagens sem texto associado.

Inserido neste domínio, ao enfermeiro compete garantir a continuidade dos cuidados. Partilho o exemplo da Sra. C. de 85 anos de idade, integrada na ECCI por artroplastia da anca direita, com indicação para reabilitação no pós-operatório. A filha assume-se como a cuidadora principal, no entanto, durante a semana e para que a filha possa manter o seu emprego, a Sra. C. frequenta o Centro de Dia. A filha partilhou que seria difícil cumprir os exercícios prescritos tendo em conta que passa 7h por dia no Centro de Dia. Para colmatar esta necessidade, procedeu-se a elaboração de um documento para poder ser dada continuidade a realização de exercícios durante o tempo de permanência na instituição.

As notas de transferência entre serviços, instituições hospitalares e referênciação, por exemplo, para a RNCC, são igualmente importantes sendo que devem espelhar evolução da pessoa ao longo do seu programa de reabilitação, ganhos em saúde obtidos, assim como, contemplar as particularidades identificadas no seu défice para o autocuidado, características funcionais atuais, objetivos definidos para o plano de cuidados em vigor e identificação dos fatores facilitadores e inibidores do processo de transição, para que se possa dar continuidade ao programa de reabilitação noutra contexto de atuação.

Após a descrição reflexiva sobre o meu percurso de aquisição desta competência específica do ER, considero ter atingido o objetivo ao ter demonstrado que os programas de intervenção implementados e as intervenções definidas nos planos de cuidados, permitiram a maximização da funcionalidade da pessoa na realização das suas AVD, através de um processo de planeamento composto por avanços e recuos sobre as estratégias de intervenção implementadas, no sentido de as tornar mais significativas para a pessoa e família.

3. AVALIAÇÃO

Considerarei pertinente reservar este capítulo para refletir sumariamente sobre as competências adquiridas, em articulação com os objetivos específicos do meu Projeto de Estágio (ver Anexo I) e que espelham a especificidade da intervenção do EEER no processo de recuperação e readaptação da pessoa com AVC.

Relativamente ao primeiro objetivo específico – *Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar e o papel do EEER no processo de transição da pessoa com alteração cognitiva decorrente do AVC* – o EEER é detentor de competências e características de liderança, constituindo-se como um elemento dinamizador nas equipas de saúde, pois tem a capacidade de gestão de recursos humanos e materiais, e possui competências para delegar tarefas sob a sua supervisão. Estas competências, pelo que expus ao longo do capítulo anterior, foram desenvolvidas durante os EC, sentindo-me progressivamente mais autónoma na identificação das necessidades da pessoa e família em termos de cuidados de enfermagem e na referenciação para outros profissionais de saúde, sendo igualmente capaz de mobilizar os recursos sociais e comunitários e as ajudas técnicas disponíveis.

Analisando o meu desempenho, pautei a minha prática de cuidados num agir ético, adotando uma postura crítica e reflexiva sobre as situações com que me confrontei, com a consciência que a enfermagem de reabilitação assiste a pessoa que vivencia processos de transição saúde-doença que se traduzem em estadios de maior vulnerabilidade. A relação estabelecida entre a pessoa cuidada e sua família deve ser baseada no respeito pela sua singularidade e complexidade, numa prática profissional simultaneamente sustentada na ciência e assente no cuidado humanizado.

No que se refere ao segundo objetivo específico – *Aprofundar o conhecimento desenvolvido na área temática da reabilitação cognitiva da pessoa em processo de transição após o AVC, que sustente uma prática clínica especializada baseada na evidência científica mais recente* – a sua concretização, iniciou-se ainda

durante o contexto da minha prática profissional, portanto, anterior à incursão no Curso de Especialidade e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Obviamente que a pesquisa sob uma metodologia de base científica, decorreu durante a realização do Projeto de Estágio, tendo a sua continuidade durante os EC. Os diferentes contextos que compuseram o meu EC, permitiram-me desenvolver as competências enquanto futura EEER, tendo igualmente contribuído para aprofundar conhecimentos sobre a minha área de interesse relativa à reabilitação cognitiva à pessoa com AVC, compreendendo os fatores facilitadores e inibidores que compõe este processo de transição saúde-doença. Ao longo dos capítulos anteriores, referenciei autores, estudos de investigação e dados estatísticos atualizados, tendo sido uma preocupação durante a elaboração do relatório, a mobilização de conhecimento científico atual e inovador. A pesquisa e a aquisição de conhecimentos sobre esta área temática, foram fundamentais para a concretização dos objetivos subsequentes.

O terceiro objetivo – *Desenvolver competências na avaliação e identificação de alterações cognitivas decorrentes do AVC, com impacto na funcionalidade da pessoa em processo de transição* – pressupõe que a prestação de cuidados à pessoa com AVC, inicia-se com uma avaliação neurológica sistematizada e criteriosa. Gostaria de destacar novamente a importância do desenvolvimento do documento de Avaliação Inicial do EEER (ver Anexo XIV), como um recurso fundamental neste processo de aquisição de competências. Este documento permitiu melhorar o meu desempenho na avaliação neurológica e quantificar os ganhos obtidos através da aplicação de escalas, fundamental para a monitorização dos ganhos obtidos durante a implementação do plano de cuidados e ajustá-lo, se assim fosse necessário, mobilizando dados objetivos e mensuráveis.

Ao mobilizar os instrumentos de avaliação cognitiva no contexto da prática clínica, constatei que existem algumas limitações na aplicabilidade do teste MoCA. Primeiramente, sendo conhecido como um teste de aplicação rápida (previstos 10 min para a sua conclusão), constatei que na Unidade de AVC este tempo era sempre excedido, relacionado com o facto da pessoa apresentar dificuldades de

manter a sua atenção na tarefa, por vezes resultado do processo fisiopatológico do AVC descrito na literatura, permanecendo preferencialmente a dormir. Assim, perante algumas situações optei por não aplicar o teste em toda a sua extensão, selecionando os testes relativos às funções cognitivas em que era expectável a existência de alteração.

A avaliação neurológica, onde se inclui a aplicação dos testes de diagnóstico, veem os seus resultados influenciados pelo ambiente externo, pelo que outra das minhas aprendizagens foi proporcionar um ambiente adequado à realização desta avaliação. Na Unidade de AVC geri o ambiente reduzindo os estímulos externos ao mínimo possível, diminuindo também os estímulos visuais correndo as cortinas da unidade do doente, para não existir enviesamento nos resultados obtidos.

Outra das limitações do teste MoCA e outros semelhantes com o MMS, está relacionado com a sua aplicação em pessoas com alterações de linguagem. A verdade é que os instrumentos de medida de avaliação do défice cognitivo, não estão adaptados ao doente afásico. Ultrapassei esta dificuldade através da avaliação neurológica clássica e enquadrando os défices neurológicos encontrados, com a localização da lesão e das áreas afetadas e, deste modo entrevi realizando exercícios de leitura, escrita, de identificação de objetos, enunciando-os oralmente, repetição de palavras, entre outros exercícios que estão reunidos no compendio de Reabilitação Cognitiva referentes à alteração da linguagem (ver Anexo VIII). A quantificação dos ganhos em saúde poderá ser feita através do rácio resposta certa/errada e do seu desempenho através da repetição dos exercícios ao longo do processo de reabilitação, enquanto estratégia de mensuração dos resultados obtidos.

Desta avaliação inicial, não ficaram excluídos os recursos que a pessoa e família possuem, no sentido de facilitar o seu processo de transição, identificando igualmente os fatores que influenciam este processo, tendo sido fundamental incluir a família para a validação das necessidades e para o planeamento do programa de reabilitação. A família, sobretudo no contexto da ECCI assumiu-se

não só como parceira nos cuidados, como também foco dos próprios cuidados de enfermagem, no sentido que muitas das vezes a prioridade de intervenção do EEER era intervir na capacitação de família, uma vez que a pessoa não apresentava potencial para melhorar a sua funcionalidade e alcançar a sua autonomia.

O quarto objetivo específico corresponde – *Conceber planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que maximizem as funções cognitivas e que promovam a funcionalidade na realização das suas atividades de vida*. Para este objetivo, além dos contributos da metodologia de realização de um estudo de caso, considero que durante os EC, a definição dos objetivos, das estratégias de intervenção e a sua discussão com os orientadores, foram fundamentais para concretizar este objetivo específico. Durante o meu percurso formativo, adotei uma prática profissional de carácter científico, traduzido pela adoção de uma metodologia de intervenção científica (o processo de enfermagem), concebendo planos de intervenção com conhecimento especializado, procurando dar resposta às necessidades identificadas da pessoa e família, mobilizando o conhecimento sobre os fatores facilitadores e inibidores, no sentido de facilitar o processo de transição, alcançando o máximo de funcionalidade e autonomia possível.

Incluí nos planos de cuidados elaborados, o treino cognitivo realizado através da execução de tarefas terapêuticas que eram exercitadas repetidamente, algumas relacionadas com o autocuidado e outras direcionadas apenas para o treino da função que estava lesada. Sobre estes últimos exercícios, os quais fui referindo ao longo do relatório, foram reunidos num compêndio organizado por capítulos relativos às funções cognitivas que se pretendem reabilitar. Este documento reúne exercícios do tipo papel-caneta, jogos de palavras cruzadas, ordenar sequências básicas de situações de vida diária, sopa de letras, jogos de lógica, repetição oral de palavras lidas, exercícios de treino das habilidades visuo-espaciais, exercícios de leitura, de escrita e de cálculo. Enquanto estratégia de intervenção, acrescento a leitura de jornais, revistas e livros, ou a introdução do jogo do dominó e das damas. Não tive a oportunidade de implementar em contexto de estágio a utilização de treino cognitivo com recurso a *software* de

computador, constituindo-se como mais uma área de interesse pessoal que pretendo explorar futuramente.

Na reabilitação cognitiva das funções visuo-espaciais, recorri a jogos lúdicos, como por exemplo, a utilização de quebra-cabeças, a construção de mosaicos ou concluir a torre de Hanói. Sobre esta função, é incontornável referir o exercício de desenho do relógio, incluído nos testes de avaliação de negligência espacial unilateral, MMS e MoCA. Trata-se de um teste que também poderá ser utilizado no programa de reabilitação como método de avaliação dos resultados obtidos e dos progressos que a pessoa apresenta ao nível da reabilitação desta função cognitiva. Desenvolvi também conhecimentos na área da negligência espacial unilateral da pessoa com a AVC e para este facto fiz a pesquisa sobre os testes de avaliação (ver Anexo XVI), mobilizando-os na minha prática clínica como demonstrei ao longo do Relatório de Estágio. Utilizei também estes testes, como treino do tipo papel-caneta através de sua repetição.

A aplicação de exercícios de reabilitação cognitiva deve ser sempre ajustada ao nível de performance do indivíduo e ao nível de escolaridade, aspeto também salvaguardado na aplicação da escala MoCA, com a atribuição de mais um ponto ao score final, caso a pessoa tenha menos de 12 anos de escolaridade. Outra hipótese de atuação considerando a falta de evidência científica nesta área, é a utilização destes testes do tipo tentativa e erro, sendo fundamental existir permeabilidade nos programas de reabilitação, na seleção das estratégias de intervenção na reabilitação cognitiva, para que sejam implementados programas que são significativos para a pessoa.

De salientar aqui o suporte fundamental que a família fornece na reabilitação cognitiva da pessoa com AVC, pelo que é importante que o familiar seja capacitado sobre a patologia e tenha disponível o suporte necessário para poder lidar com as mudanças, para integrar e gerir a nova condição (temporária ou não) do seu familiar. O enfermeiro deve desenvolver estratégias educacionais aos familiares, no sentido de reduzir a ansiedade e a frustração associada aos cuidados à pessoa com alteração cognitiva, melhorando a sua qualidade de vida

e potenciando os resultados obtidos no processo de reabilitação. Ao longo deste processo, devem ser continuamente avaliadas as expectativas da pessoa e família, intervindo no sentido de adequar os objetivos e as metas alcançar tendo em conta os resultados que se vão obtendo ao longo do processo de reabilitação.

Relativamente ao quinto objetivo – *Analisar o processo de aquisição de competências do EEER realizado durante o planeamento e execução do Projeto de Estágio* – considero que o conteúdo anteriormente exposto, fundamenta ter atingido com sucesso os objetivos a que me propus no meu projeto de estágio, reconhecendo indiscutivelmente a importância da inclusão da reabilitação cognitiva nos programas de reabilitação à pessoa com AVC, fundamental para a recuperação funcional, aquisição de autonomia, reintegração na família e na sociedade, com impacto na sua qualidade de vida.

Por último, o sexto objetivo específico corresponde – *Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação à pessoa com alterações ao nível cardio-respiratório, sensorio-motor, alimentação e eliminação, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho e análise do processo de transição segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis*. Analisando criticamente o meu percurso, considero ter apresentado experiências diversificadas de intervenção do EEER, perante as quais pude intervir com o intuito de capacitar a pessoa e suas famílias na busca da sua máxima funcionalidade para alcançarem a maior independência possível, contribuindo para o seu processo de transição saudável e consequentemente, para a sua reintegração familiar e social.

A reflexão crítica sobre o meu percurso, evidencia que os programas de intervenção implementados e as intervenções definidas nos planos de cuidados, permitiram a maximização da funcionalidade da pessoa na realização das suas AVD. Uma das minhas aprendizagens mais significativas, esteve relacionada com a consciencialização de que a reabilitação é um processo, contemplando avanços e recuos sobre as estratégias de intervenção implementadas, no sentido de as tornar mais significativas para a pessoa e família. Deste modo, as aprendizagens

e os processos de adaptação devem ser o resultado das necessidades individuais despoletadas pelo meio em que esta está inserida, e não das perceções do próprio enfermeiro sobre a realidade que observa.

Para concluir, tratou-se de um processo positivo, com imensos contributos proporcionados pelos campos de estágio, pelos orientadores e pela minha curiosidade incessante na busca por conhecimento.

4. CONCLUSÃO

Uma formação por desenvolvimento e aquisição de competências, pressupõe desenvolver no estudante a capacidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nos diferentes contextos e situações (Zabala e Arnau, 2010). Aprender a identificar, mobilizar, gerir e utilizar um conjunto de recursos, articulando habilidades, saberes, conhecimentos e outras características pertinentes, permitirá dar visibilidade às competências (Araújo e Rebelo, 2012).

A sociedade atual impõe-nos novos desafios, relacionados com avanços tecnológicos e científicos, aumento da sobrevivência das pessoas às diversas patologias, um aumento da cronicidade das mesmas e o envelhecimento demográfico. Nesta linha de pensamento, o AVC assume-se como um acontecimento crítico que despoleta no indivíduo e sua família, um processo de transição o que pressupõe, segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis, um processo que inclui mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar (Schumacher e Meleis, 1994).

Antes de me debruçar especificamente sobre os aspetos da reabilitação cognitiva, gostaria de salientar a singularidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC. Ambos os contextos de estágio foram bastante enriquecedores, tanto na Unidade de AVC como na ECCI, tendo tido a oportunidade de prestar cuidados a pessoas que experienciam uma situação de AVC, atuando sobre as especificidades que caracterizam esta transição saúde-doença. De salientar, que tem vindo a crescer a produção de conhecimento científico nesta área de intervenção em enfermagem, no entanto, nem sempre com resultados inequívocos sobre os ganhos em saúde obtidos através das intervenções implementadas.

Como referi, não existem estudos que comprovem inequivocamente as vantagens e os ganhos em saúde e da funcionalidade, da pessoa que é alvo de

reabilitação cognitiva, ou seja não existe consenso quanto a eficácia de uma intervenção A em detrimento de uma intervenção B e, muitas das vezes, mesmo comparando com a ausência de intervenção. No entanto, os autores partilham a mesma conclusão, de que não se verificando impacto negativo nesta intervenção no normal decurso do seu processo de reabilitação, devem ser implementados programas de reabilitação cognitiva, porque haverá maior probabilidade de trazer algum benefício comparativamente com a não atuação. Do mesmo modo, também não evidente na produção científica atual, a eficácia das intervenções do tipo compensatórias em detrimento das estratégias de reestruturação, considerando-se que é a mobilização destas duas estratégias de reabilitação cognitiva de modo conjugado, que torna o programa de reabilitação mais efetivo.

Os princípios gerais de reabilitação cognitiva que segui ao longo do período de estágio basearam-se primeiramente na identificação das funções cognitivas alteradas, tendo por isso sentido a necessidade de realizar formação sobre a correta aplicação e interpretação dos resultados do teste MoCA. A pesquisa de palestras nesta área na plataforma YouTube, também se mostrou enriquecedor no sentido que me permitiu encontrar algumas estratégias inovadoras de intervenção para determinado défice cognitivo, sendo que a sua incorporação nos planos de reabilitação, carecia de análise crítica prévia no sentido de identificar se estavam presentes nesse exercícios e modelos de intervenção, os princípios de atuação descritos na literatura de credibilidade científica.

De salientar também, que o sucesso da intervenção na reabilitação cognitiva depende efetivamente da consciencialização que a pessoa tem sobre o seu défice neurológico e, também, pela capacidade que apresenta na compreensão do benefício potencial de realização que cada exercício desempenha no seu processo de reabilitação (Mendes, 2014). Note-se que esta é a premissa para podermos encontrar a fonte de motivação para colaborar ativamente no seu processo de reabilitação.

O presente relatório traduz o meu percurso de aquisição de desenvolvimento e aquisição de competências enquanto futura enfermeira

Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação, concedendo visibilidade às atividades desenvolvidas para cumprimento dos objetivos traçados. A conclusão deste relatório termina o percurso académico preconizado para aquisição de competências comuns e específicas, traduzindo-se na aquisição do título profissional EEER. Verificou-se ter sido um percurso bastante positivo e que me fez evoluir enquanto profissional, mas também, do ponto vista pessoal, ao ter sido excecionalmente enriquecedor com os vários momentos de partilha de experiência e de conhecimentos.

Considero ter tido uma atitude responsável durante o meu processo formativo, demonstrando empenho e motivação para atingir os objetivos a que me propus no meu projeto de estágio. Tendo sido determinante para o meu sucesso, a relação estabelecida com os orientadores e com as equipas que integrei durante os EC, ao demonstrarem disponibilidade para partilhar os seus conhecimentos e as suas experiências, mas também ao desafiarem-me na procura de novos saberes.

Uma das lacunas da profissão de enfermagem reside na falta de produção de investigação e de divulgação científica, sendo urgente a produção de novos saberes para desenvolvimento da profissão. Será através dos resultados obtidos da nossa prática de cuidados, da evidência científica que reflita ganhos em saúde para a população, que será possível solicitar melhores condições de trabalho nos contextos da prática clínica, para se atingir maior satisfação dos utilizadores dos serviços, com impacto na redução de custos na área da saúde.

A enfermagem de reabilitação está munida de um corpo de conhecimentos, decorrentes de experiências acumuladas desde a formação do primeiro curso de especialidade. Estão igualmente regulamentadas as competências específicas do ER e, acresce como ponto forte, o facto de sermos agentes privilegiados de atuação no contexto da prestação de cuidados, porque antes de sermos EEER, somos enfermeiros, possuindo uma visão alargada sobre a pessoa (Sequeira, 2021).

Portanto, não podemos embarcar numa astenia coletiva de aguardar que todos os fatores que dificultam e inibem a realização de estudos e a produção científica desapareçam simplesmente. Temos de agir, temos de mudar a nossa neutralidade e acima de tudo procurar estratégias para alterarmos o nosso modo de estar na profissão.

Devemos ser curiosos e procurar inovar a nossa prática e ser permeáveis ao conhecimento produzido noutras profissões, integrando-o na nossa prática profissional, adaptando-o aos nossos objetivos enquanto EEER que promove a funcionalidade máxima e a autonomia possível da pessoa que experiencia uma situação de doença, da qual decorre a necessidades reeducação e de adaptação, para cursarem numa transição saudável.

A introdução de novas tecnologias na nossa prática de cuidados é uma das minhas curiosidades e interesses e espero conseguir contribuir na produção de conhecimento desta nesta área, porque penso que se constitui como uma ferramenta importante, reunindo um conjunto de potencialidades “quase” infinitas para a intervenção do EEER, tendo também vantagens na acessibilidade da população aos cuidados especializados de enfermagem.

Como conclusão deste percurso, abraço o desafio de desenvolver conhecimento na área de reabilitação cognitiva, de me manter atualizada relativamente aos conhecimentos que surgem nesta área de intervenção e de partilhá-los com a equipa em que estou inserida, mas também com a comunidade científica, para tornar visível o resultado da intervenção do EEER.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, S., Beckers, D., Buck, M. (2007). PNF - Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. Facilitação neuromuscular proprioceptiva: um guia ilustrado. Brasil: Editora Manole: (2ª ed.) Brasil. ISBN 9788520411407
- Aird, T. (2011). Assessment, Interpretation and Management of Impaired Cognition. In S. Woodward, & M. A., *Neuroscience nursing: evidence-based practice*. pp. 123-140. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Alves, J., Babo, M. (2021). Enfermagem de Reabilitação à pessoa adulta/idoso em cuidados paliativos. *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lisboa. Editora: Lidel. pp. 239-235. ISBN: 978-989-752-723-4
- Andrade, L.M., Costa, M. F., Caetano, J., Soares, E., Beserra, E. (2009). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista escola de Enfermagem*. USP 43(1). Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100005>
- Araújo, C. M. M. & Rebelo, M. L. (2012). Avaliação educacional: A abordagem por competências. *Perspetiva Florianópolis*, 22, (2), pp. 497-524
- ARN. (2011). *ARN The Specialty Practice of Rehabilitation Nursing: A Core Curriculum 6th Edition*. (C. Jacelon, Ed.) USA: Association of Rehabilitation Nurses.
- Ávila, R. (2003). Resultados da Reabilitação neuropsicológica em paciente com Alzheimer leve. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 30(4), pp. 139-146
- Barata, L. F. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional – a importância da formação contínua. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 989-55-052-5

- Boake, C. (1991). History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury. In J. Kreutzer, & P. Wehman, *Cognitive Rehabilitation Persons with Traumatic Brain Injury* (pp. 3-12). Baltimore, Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co., Inc.
- Bowen, A., Hazelton, C., Pollock, A., Lincoln, N. B., & Bowen, A. (n.d.). Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,7.
- Braga, R. (2017). Reeducação da Deglutição. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. pp. 263-70. ISBN 9789898075734
- Braga, R. (2020). *Instrução de Trabalho da Unidade Cérebro Vascular I.T. TRC. 119.7004: Avaliação da Deglutição*. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn, *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chung, C. S., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. R., Hagen, S., & Chung, C. S. (n.d.). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,4.
- Cohan, R. (2019). Clinical Exam: Neurological Examination and Stroke Localization. *Strokesciences*. Acessível em: <https://strokesciences.com/stroke-vascular-territories-and-individual-variabilities-in-collateral-circulation/>
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acessível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20->

%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-
%20Abril%202009.pdf

Cumming, T., Marshall, R., & Lazar, R. (2012). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *International Journal of Stroke*(8), pp. 38-45.

das Nair, R., Cogger, H., Worthington, E., Lincoln, N. B., & das Nair, R. (n.d.). Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,9.

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006) – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I-A de 2006-06-06. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/p/cons/20211215/pt/html>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018) – Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República* nº 157, Série I de 2018-08-16. ELL: Série I de 2018-08-16

Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006) – Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República* nº 60, Série I-A de 2006-03-24. ELL: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/p/cons/20210416/pt/html>

Deodato, S. (2014) – Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-5226-7

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional para as Doenças Cérebro. Cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acessível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro. Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acessível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Escola Superior de Enfermagem. (2019). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet. *International Journal of Stroke*, 17(1), pp.18–29. Doi: <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Ferreira, M. F., Peres, M. R. (2020). Implementação de um programa de reabilitação: intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação numa UCI. Doi: 10.33194/rper.2020.v3.s2.10.5828
- França, D., Peixoto, M.J., Araújo, F. (2020). Intervenções eficazes na prevenção ou redução da sobrecarga do familiar cuidador: revisão sistemática da literatura. Suplemento digital Revista ROL Enfermagem. 43(1). (pp.69-81)
- Godinho De Matos, M. D. F., Gonçalves Simões, J. A. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 11–19. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770>
- Hall, C.M., Brody, L. T. (2005). *Therapeutic Exercise: Moving Toward Function*. (2º ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9780781741354
- Hawser, S. (2004). Acidente Vascular Cerebral. In E. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, & J. Jameson, *Harrison Manual de Medicina* (J. Falcato, Trad., 15ª ed., pp. 142-150). Lisboa: Mc Graw-Hill de Portugal
- Hickey, A., Merriman, N. A., Bruen, C., Mellon, L., Bennett, K., Williams, D., Pender, N., Doyle, F., & Hickey, A. (n.d.). Psychological interventions for managing cognitive impairment after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.

- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional das actividades de vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidata. pp. 209-270.
- Hui, A. (2015) Classification of Aphasia. *Toronto Notes 2015 - Neuroanatomy*. Acessível em: <http://www.ashleyhui.com/projects#/toronto-notes/>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2021). *Guia Prático - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA)*. 4.05(63) Acessível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/12207936/N63_Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7
- Koh, C., Hoffmann, T., Bennett, S., & McKenna, K. (2009). Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, pp. 324–331.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., & Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists" assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, pp. 241–250.
- Leitão, J., Vigia, C., Mesquita, C., Pestana, H. (2022). Fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular na pessoa submetida a artroplastia total do joelho: Estudo de caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*.
Doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2022.188>
- Loetscher, T., Potter, K., Wong, D., das Nair, R., & Loetscher, T. (n.d.). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. Porto: INESC-TEC. Recuperado de www.inesctec.pt.
- Maia, L., Leite, R. & Correia, C. (2009) Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de casos e instrumentos. Lisboa: Lidel Editora. ISBN: 9789727575220
- McEwen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), pp. 541-561.
- McEwen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), pp. 541-561.
- Mendes, R. (2014). *Avaliação e reabilitação cognitiva em traumatizados crânio-encefálicos: estratégias de intervenção*. Aveiro: Tip. Minerva Central. ISBN 978-989-20-3817-9
- Morgado, S., Moura, S. (2010). Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos: Sub ou Sobrediagnosticada? *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 19(2). pp. 38-44. Doi:
- Norrving, B., Leys, D., Brainin, M., & Davis, S. (2018 Novembro) Stroke Definition in the ICD-11 at the WHO. *World Neurology*. 28(4), 3. Acedido em 20/10/2020. Disponível em: https://worldneurologyonline.com/wp-content/uploads/2013/11/WFNnov13_Final.pdf
- Nucleos Medical Media Inc (2001). Anatomy of the Cerebral Vasculature [Imagem]. Alamy. Acessível em: <https://www.alamy.com/anatomy-of-the-cerebral-vasculature-image7710057.html>

Nunes, Lucília. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. Revista Ordem dos Enfermeiros. 33-45.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2014a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, n.º 119: 16655-60

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de

Enfermagem de Reabilitação. Acedido em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. pp. 4744 - 4750

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República*, n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, pp. 13565 - 13568

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (2009). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra. Acessível em:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Pestana, H. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. pp. 47-56. Loures: Lusodidática

Pontes, M. e Santos, A. (2016). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira e L. Sousa (Coordenadores). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* pp. 89-100. Loures: Lusodidacta.

- Prazeres, V., Ribeiro, C., Marques, G. (2021). Contributo da Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 4(2). pp. 88–92. Doi: <https://doi.org/10.33194/rper.2021.158>
- Purroy, F., Montalà, N. (2021). Epidemiology of stroke in the last decade: a systematic review. *Rev Neurol*. 73(09). pp. 321-336. Doi: [10.33588/rn.7309.2021138](https://doi.org/10.33588/rn.7309.2021138)
- Pyun, S., Yang, H., Lee, S., Yook, J., Kwon, J., & Byun, E. (2009). A home programme for patients with cognitive dysfunction: A pilot study. *Brain Injury*, 23(7-8), pp. 686–692.
- Reis, G., Bules, M., Mota de Sousa, L., Marques-Vieira, C., Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação na idade adulta e velhice. *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lisboa. Editora: Lidel. pp. 239-235. ISBN: 978-989-752-723-4
- Ribeiro, O., Faria, A., Ventura, J. (2021) Processo de cuidados de Enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. Lisboa. Editora: Lidel. pp. 58-66. ISBN: 978-989-752-723-4
- Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D., & Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disability and Rehabilitation*, 31(19), pp. 1555-1566.
- Ryan, R. M., Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychological Association*. 55 (1), pp.68-78. DOI: [10.1037/110003-066X.55.1.68](https://doi.org/10.1037/110003-066X.55.1.68)
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), pp. 119-127.
- Scott, E., Kasner, MD., Ralph, L. & Sacco, MD (2018). Implications of the AHA/ASA Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *World Neurology*. 28(4).

Acessível em: <https://wfneurology.org/implications-of-aha-asa-updated-definition-of-stroke>

Sequeira, C. (2021). Partilhar para Melhor Cuidar. *Webinar 2 - Reabilitação | Ciclo de 4 Webinars Enfermagem*. Streamed live on Oct 14 (2021). Acessível em: https://www.youtube.com/watch?v=Icg9RnkMd3Q&ab_channel=GrupoLIDE

Silva, E. (2010). *Reabilitação após o AVC*, pp. Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Porto.

Silva, J., Anjos, K., Santos, V., Boery, R., Santa Rosa, D., Boery, E. (2018). Intervenções para cuidadores de sobreviventes de acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 42(114) Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.114>

Smith, S., Bloom, J., & Minniti, N. (2010). Cerebrovascular Disease and Disorders. In C. Armstrong, & L. Morrow (Ed.), *Handbook of Medical Neuropsychology*. pp. 101-122. New York, USA: Springer.

Smithuis, R. (2008). Vascular territories. *Radiology Assistant*. Acedido em: 07/07/2020. Acessível em: <https://radiologyassistant.nl/neuroradiology/brain-ischemia/vascular-territories>

Teasell, R. et al (2020). Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following Stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; 6th Edition Update 2019. *International Journal of Stroke*. 15(7). (pp.763–788). Doi: [10.1177/1747493019897843](https://doi.org/10.1177/1747493019897843) journals.sagepub.com/home/wso

UMCSP. (2007), *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*, Lisboa

Winkens, I., Heugten, C., & Fasotti, L. &. (2011). Treatment of mental slowness: How to evaluate treatment effects. A systematic review of outcome measures. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(6), pp. 860–883.

Winstein, C. J. et al (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 47(6), pp. 98–e169. Doi: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

Wiseman, A. (2018). After sixty-two years of officially categorizing stroke as a Disease of the Circulatory System, the newly published WHO ICD 11, has correctly classified stroke as a Disease of the Nervous System. *World Stroke Organization*. Acedido em 25/10/2020. Disponível em: <https://www.safestroke.eu/2018/06/29/new-icd-11-stroke-classification-will-support-global-efforts-to-improve-prevention-treatment-and-outcomes/>

World Stroke Organization (2016). Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 94(9). (pp.633-708). Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.181636>

World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Acessível em: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf

Zabala, A.; e Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO DE ESTÁGIO



**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM - AREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Opção II – Projeto de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa
com alteração cognitiva decorrente do AVC**

Ana Patrícia Chastres Nunes



**Lisboa
2020**



**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM - AREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Opção II – Projeto de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa
com alteração cognitiva decorrente do AVC**

Ana Patrícia Chastres Nunes



Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Braga



Lisboa

2020

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MMSE – Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Projeto de Estágio

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RSL – Revisões Sistemáticas da Literatura

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNC – Sistema Nervoso Central

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	7
1.1. Título	7
1.2. Palavras Chave	7
1.3. Duração	7
1.4. Locais de Ensino Clínico.....	7
2. MOTIVAÇÃO	8
3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	10
3.1. Reabilitação Cognitiva da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral	13
2.2. O Papel do EEER na Reabilitação Cognitiva	17
4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA E DE OBSERVAÇÃO	
ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO AVC	
ANEXO III – LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DAS LESÕES CEREBRAIS NO AVC SEGUNDO Hawser (2004)	
ANEXO IV – SISTEMA VASCULAR CEREBRAL E TERRITÓRIOS VASCULARES	
ANEXO V – ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM: AFASIA	
ANEXO VI – TABELA DE EVIDÊNCIAS	
ANEXO VII – ARTIGOS MOBILIZADOS NA FUNDAMENTAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO	
ANEXO VIII – BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DA REABILITAÇÃO COGNITIVA SEGUNDO BOAKE (1991, 2003)	
ANEXO IX – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO PADRÃO COGNITIVO-PERCETUAL	
ANEXO X – DIAGRAMA CONCEPTUAL	
ANEXO XI – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	
ANEXO XII – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estratégias de Intervenção na Reabilitação Cognitiva.....	16
---	-----------

INTRODUÇÃO

A realização do presente Projeto de Estágio (PE) surge no âmbito do XI Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, constituindo-se como uma proposta decorrente da unidade curricular de Opção II, a qual está contemplada no segundo semestre do plano de estudos do referido curso. Segundo o Regulamento de Mestrados em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2019), o ciclo de estudos de mestrado é orientado numa perspetiva de “reforço da formação teórica e teórico-prática, numa determinada área do saber” e que culmina com elaboração de um trabalho final, o qual proporciona o “reforço e desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema” (ESEL, 2019). Estes objetivos vão ao encontro do Artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março e sem alterações ao regime jurídico correspondente ao Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, onde é referido que o plano de estudos conducente com o grau de mestre deve contemplar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final”. Neste contexto, surge o PE que permitirá projetar os objetivos, as atividades e os itens de avaliação relativos ao período de Estágio que terá início em novembro de 2020. Assente numa perspetiva de desenvolvimento de competências, este documento apresenta-se como o primeiro passo do processo final de estudos que permitirá a aquisição do grau de Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem de Reabilitação (EEER), ao qual se segue a elaboração do Relatório de Estágio, podendo ser discutido publicamente para a obtenção de grau de mestre.

Uma formação por desenvolvimento e aquisição de competências, pressupõe desenvolver no estudante a capacidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nos diferentes contextos e situações (Zabala e Arnau, 2010). Aprender a identificar, mobilizar, gerir e utilizar um conjunto de recursos, articulando habilidades, saberes, conhecimentos e outras características pertinentes, permitirá dar visibilidade às competências (Araújo e Rebelo, 2012). O quadro nacional de qualificações para o Ensino Superior em Portugal está assente nos Descritores de Dublin e, segundo o Artigo n.º 18 do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, gostaria de destacar o descritor correspondente ao grau de mestre, que designa o seguinte: “O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar que o estudante adquira uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais”.

Surge assim, o PE que traduz a necessidade de estruturar o momento de aprendizagem que decorrerá ao longo do terceiro e último semestre do curso, tratando-se de um instrumento metodológico que parte da identificação de um problema por mim considerado pertinente e original e sobre o qual pretendo intervir para a sua resolução, permitindo prever e estruturar um conjunto de ações necessárias para o cumprimento dos objetivos traçados, aprofundando e concedendo visibilidade ao processo de desenvolvimento e aquisição de competências enquanto futura enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Deste modo, a finalidade do presente documento consiste (1) na definição do problema em estudo e na fundamentação da pertinência da escolha, (2) no planeamento do trabalho com a definição dos objetivos, atividades e recursos disponíveis, previsão das limitações e determinação das prioridades, (3) e na determinação dos indicadores e critérios de avaliação.

Relativamente à temática do PE, optei pelas intervenções do EEER no âmbito da reabilitação cognitiva do cliente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo que a justificação da sua escolha assenta em cinco determinantes: pessoais, profissionais, académicas, repercussões no indivíduo/cuidadores e no impacto social. Quanto à patologia, o AVC continua a ser uma doença com grande expressividade a nível mundial e nacional pela sua incidência e repercussões em termos de morbilidades associadas. O doente com AVC, na sua maioria com indicação cirúrgica, constitui-se como um dos clientes da minha prática diária de cuidados, dado que exerço funções num serviço de neurocirurgia. Pelo contacto permanente com o doente com lesão cerebral, resultou no meu crescente interesse pelas neurociências. Acrescenta o facto, do meu serviço ter na sua constituição um grupo de EEER, sendo inevitável que a maioria dos enfermeiros fique imbuída com o “espírito de reabilitação”, nomeadamente nos doentes com défices neurológicos onde se inclui a alteração da função cognitiva. No entanto, ainda é uma realidade no meu serviço, que a reabilitação cognitiva se encontra remetida para segundo plano, comparativamente com a reeducação funcional respiratória ou motora. A fundamentação do tema encontra-se mais detalhada no capítulo correspondente à “Motivação”.

Posto isto, optei pelo seguinte tema para o meu projeto de estágio: as intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação no âmbito da reabilitação cognitiva do doente com AVC. Tendo em conta o tema e para dar resposta aos objetivos apresentados, o presente trabalho de projeto encontra-se dividido em cinco capítulos: **(1) Identificação do Projeto**, que contempla a apresentação e a justificação da escolha dos locais de Ensino Clínico; **(2) Motivação**; **(3) O Acidente Vascular Cerebral**, contempla a fundamentação teórica relativa à problemática do AVC, nomeadamente, a relevância social da doença no país e no mundo, a sua fisiopatologia e o impacto no indivíduo/cuidadores; **(3.1.) Reabilitação Cognitiva da pessoa com AVC**, um subcapítulo onde são apresentados os resultados da revisão narrativa da literatura elaborada

tendo por base o tema do projeto, com enfoque nas intervenções e programas de reabilitação em pessoas com alteração da função cognitiva decorrente do AVC; **(3.2.) O papel do enfermeiro especialista em reabilitação, na reabilitação cognitiva da pessoa com AVC;** **(4) Planeamento das Atividades**, que engloba os Objetivos Gerais e Específicos e onde é evidenciada a articulação entre os domínios e competências do Enfermeiro Especialista, as atividades, os recursos disponíveis no campo de estágio, as prioridades, a previsão de limitações e os itens de avaliação; **(6) Considerações finais**, onde é feita uma síntese e explanadas as expectativas relativamente ao percurso e à concretização do presente projeto, refletindo sobre o cumprimento dos objetivos definidos para o presente documento.

Este Projeto cumpre as normas do Novo Acordo Ortográfico. A formatação e referência bibliográfica foram elaboradas de acordo com as Normas APA e ISO 690 (NP 405), como preconizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração cognitiva decorrente do AVC.

1.2. Palavras Chave

Reabilitação Cognitiva, Cognição, Acidente Vascular Cerebral, Neuroplasticidade, Enfermagem

1.3. Duração

Fase de planeamento e elaboração do Projeto de Estágio: de Março a Novembro de 2020.

Fase de implementação e conclusão com a elaboração do Relatório de Estágio: de Novembro 2020 a Março 2021.

1.4. Locais de Ensino Clínico

A informação disponível atualmente, prevê a realização de estágio numa unidade Cerebro-Vascular e numa UCC.

A caracterização dos locais de Ensino Clínico ficou comprometida pelo atraso na confirmação dos locais de estágio dado o atual contexto de pandemia por COVID-19. Este facto, impossibilitou a realização de uma entrevista e observação dos locais de estágio, cujos objetivos visam conhecer os aspetos gerais de funcionamento e organização do contexto clínico, identificar as características e as necessidades gerais da população que intervém, e compreender o papel que o EEER desempenha junto da equipa multidisciplinar e da comunidade/famílias. Neste sentido, remeto para anexo (ver Anexo I) o guião de entrevista ao Enfermeiro Chefe/Enfermeiro Orientador, a mobilizar durante a primeira semana de estágio.

2. MOTIVAÇÃO

A justificação da escolha do tema do PE assenta em cinco determinantes: **profissionais, pessoais, académicas, repercussões no indivíduo/cuidadores** e no **impacto social**. Assim, e relativamente à minha prática profissional, esta desenvolve-se num serviço de neurocirurgia de um hospital distrital, incluindo-se na sua população alvo, indivíduos que vivenciam uma situação de transição decorrente de um episódio de AVC durante a fase de instalação da doença e período de estabilização hemodinâmica. Contudo, por vezes, o internamento destes indivíduos no serviço estende-se por um período mais alargado no tempo, que ultrapassa as fases descritas. Assim, e apesar do programa de reabilitação ser instituído desde o início do seu internamento, à medida que a pessoa progride favoravelmente no seu processo de estabilização hemodinâmica, os objetivos correspondentes à reabilitação funcional, motora e cognitiva vão adquirindo maior prioridade no plano de cuidados.

Contudo, identifico que na minha prática de cuidados é conferida uma maior expressividade às intervenções promotoras da funcionalidade motora, em detrimento das que correspondem à reabilitação cognitiva. Esta perceção que decorre de um processo reflexivo sobre a minha prática de cuidados à pessoa com alteração cognitiva decorrente da situação de AVC, comum à maioria dos colegas de enfermagem, onde se incluem os enfermeiros especialistas de reabilitação. Efetivamente, pode-se constatar este facto nas passagens de turno, nas atividades programadas nos planos de cuidados (apesar de existirem no programa SIPE/SAPE diagnósticos e intervenções relativas a esta alteração da função cognitiva), e/ou de conversas informais com colegas de trabalho. No entanto, considero que nos últimos cinco anos tem-se assistido a uma preocupação crescente sobre a importância da “consciência” como determinante no processo de reabilitação, por parte a equipa de enfermeiros de reabilitação do meu serviço, que se materializou na elaboração de um Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, cujo título é “Avaliação e Estimulação do Doente com Alterações do Estado de Consciência” em 2015, o que considero um grande avanço conceptual de abordagem ao doente neurocirúrgico.

Durante o percurso académico constato, igualmente, a existência de uma lacuna significativa na abordagem desta área da reabilitação cognitiva, comparativamente com a conferida à reabilitação motora. Este especto fomenta em mim a curiosidade, cria expectativas e uma vontade acrescida em adquirir conhecimentos e competências neste domínio, aceitando em termos pessoais, o desafio de desenvolver um projeto de aquisição de competências na área das neurociências.

Deste modo, considero que em termos pessoais, profissionais e académicos, é aliciante a abordagem deste tema em contexto de trabalho final do percurso académico de mestrado e especialização em enfermagem de reabilitação, dado que ao abordá-lo e desenvolvê-lo, irá permitir-me adquirir conhecimentos e competências ao nível da prestação de cuidados especializados de reabilitação a estes clientes que incorrem nesta situação particular de transição saúde-doença.

Relativamente ao impacto social, este é justificado pela da incidência do AVC a nível internacional e nacional. Mundialmente, e segundo o boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2016, o AVC é a segunda causa de morte e a terceira causa de deficiência, sendo igualmente o principal responsável por situações de demência e de depressão (WHO, 2016). No mesmo boletim, consta que em média, a incidência do AVC ocorre em indivíduos no pico da sua idade produtiva, sendo indiscutível o impacto no desenvolvimento socioeconómico dos países. Segundo o relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2017 sobre as doenças cérebro-cardiovasculares referem que se assiste de uma forma consistente a uma melhoria global de todos os indicadores sobre doenças cérebro-cardiovasculares em Portugal na última década, resultante, de uma ação combinada das medidas preventivas adotadas com os avanços na vertente assistencial.

Além das consequências a nível social, as doenças cerebrovasculares, nomeadamente o AVC, traduzem consequências incapacitantes com impacto ao nível do indivíduo e cuidadores. Segundo Association of Rehabilitation Nurses (ARN, 2011) está associado ao AVC uma elevada taxa de morbilidade, nomeadamente, apenas 10% recupera quase totalmente, sendo que 40% necessitam de cuidados por incidência de problemas graves/severos. De entre os défices decorrentes do AVC encontra-se as alterações da capacidade cognitiva (ARN, 2011), constituindo-se como uma das causas mais relevantes da disfunção cognitiva no adulto (corroborado por Smith, Bloom, & Minniti, 2010).

Assim, surge a necessidade de explorar e aprofundar esta temática – as intervenções do EEER no âmbito da reabilitação cognitiva do cliente com AVC –, contribuindo complementarmente para o meu processo de formação em enfermagem de reabilitação e, também, para a evolução da própria disciplina de enfermagem, com o desenvolvimento e divulgação de novos conhecimentos nesta área de intervenção. Referindo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014), as intervenções autónomas do EEER na função cognitiva pertencem às Área de Investigação Prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025. Considerando o que foi enunciado, importa conhecer o estado da arte no que se refere a esta temática, de modo a elaborar os problemas gerais e parcelares que darão origem aos objetivos para este trabalho de projeto.

3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A sociedade atual impõe-nos novos desafios, relacionados com avanços tecnológicos e científicos, aumento da sobrevivência das pessoas às diversas patologias, um aumento da cronicidade das mesmas e o envelhecimento demográfico. Nesta linha de pensamento, o AVC assume-se como um acontecimento crítico que despoleta no indivíduo e sua família, um processo de transição o que pressupõe, segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis, um processo que inclui mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, de outro modo, de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar (Schumacher e Meleis, 1994).

O AVC é uma das doenças cerebrovasculares que se caracteriza por uma interrupção da perfusão sanguínea cerebral (Smith, Bloom, & Minniti, 2010), tendo sido definida pela primeira vez pela OMS em 1976, como um evento que resulta no desenvolvimento rápido de sinais clínicos focais (ou globais), caracterizado por um distúrbio da função cerebral com duração de mais de 24 horas ou levar à morte sem causa aparente, à exceção da causa vascular (Scott, Kasner, Ralph e Sacco, 2018). Após 62 anos a categorizarem o AVC como uma doença do Sistema Circulatório, a OMS publica em 2018 a ICD 11 (WHO, 2018) a classificação correta como doença do Sistema Nervoso (ver Anexo II). Segundo Wiseman (2018), manter o AVC como doença do sistema circulatório, retirava-lhe destaque, dada a especificidade dos seus sintomas, tratamento e consequências funcionais no indivíduo, que ao poderem permanecer no tempo, devem ser alvo de intervenção a longo prazo, também ela específica em termos de reabilitação. Assim, mantém-se a definição de doença de início súbito de um défice neurológico por mecanismo vascular, onde cerca de 20% são hemorragias primárias e 80% constituem-se como situações de isquemia (Hawser, 2004). Segundo o mesmo autor (2004), nestas situações de isquemia ocorre uma perda abrupta da função do tecido cerebral, contudo mantem-se viável caso a recuperação da perfusão seja conseguida dentro de horas. Caso o défice neurológico seja resolvido até um máximo de 24h após a sua instalação, considera-se que se trata de um Acidente Isquémico Transitório (AIT), caso contrário, considera-se como AVC, como apresentado nos critérios da OMS de 2018 (ver Anexo II).

Como apresentado no capítulo anterior, especificamente, no que se refere à justificação sobre a relevância da abordagem do AVC, salientei que os números relativos à mortalidade por AVC no mundo, encontravam-se em decréscimo. Portugal também se encontra no mesmo caminho descendente, pois segundo a DGS no relatório de Doenças Cérebro-Cardiovasculares de 2015, refere que foi a primeira vez que se verificou um valor inferior a 30% no seu peso

relativo. Justifica-se, portanto, o aumento na divulgação científica relativa aos sobreviventes, isto é, focada na reabilitação e na qualidade de vida dos indivíduos após a ocorrência da doença.

Posto isto, as alterações ao nível funcional incluem-se num espectro amplo de sequelas permanentes ou não, sobre as quais é necessário intervir enquanto enfermeira especialista de reabilitação. Genericamente, e segundo Silva (2010), as alterações funcionais manifestadas pela pessoa com AVC poderão ser agrupadas do seguinte modo: paralisia e alterações da motricidade, alterações na alimentação e eliminação; alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais.

Sendo uma doença de etiologia vascular, os défices que daí decorrem, estão diretamente relacionados com os territórios irrigados pelas principais artérias que compõe o sistema vascular cerebral. Assim sendo, apresento em anexo (ver Anexo III) uma tabela que articula as artérias cerebrais e os défices neurológicos expectáveis caso ocorra uma obstrução ou hemorragia. De forma complementar, apresento também no Anexo IV um esquema que articula as artérias cerebrais com a localização dos seus territórios de irrigação sob a forma de cortes de tomografia axial computadorizada (TAC) ou ressonância magnética (RMN). Para além do enquadramento teórico, a pertinência destes dois anexos relaciona-se com a minha intenção de mobilizar estas duas ferramentas na Avaliação Neurológica dos indivíduos com AVC em contexto de estágio, uma vez que pela especialização funcional de cada território do SNC, é possível localizar a lesão, não dispensando a consulta e análise dos meios complementares de diagnóstico. Sobre os défices neurológicos expectáveis e referidos no Anexo III, e remetendo-me para o tema do presente PE, são as alterações cognitivas decorrentes do AVC que carecem de uma abordagem mais detalhada neste trabalho.

De facto, o AVC é uma das causas mais relevantes da alteração da capacidade cognitiva no adulto (Smith, Bloom, & Minniti, 2010). Segundo as *guidelines* da *American Stroke Association* (Winstein, C. J. et al, 2016), os défices cognitivos persistem em mais de um terço dos sobreviventes após 3 e 12 meses do AVC. A mesma fonte (2016) adianta, que estas alterações podem persistir durante anos e estão associados a diminuição do tempo de vida, deficiência grave e aumento da taxa de institucionalização dos indivíduos.

Assim, é fundamental definir o que se entende por cognição. Se considerarmos o que é defendido Aird (2011), a cognição é um processo de conhecimento e inclui a discriminação e a seleção da informação relevante, a aquisição de informação, conhecimento e a sua retenção, a expressão e a aplicação do conhecimento apropriadamente na situação concreta. Por outro lado, Cumming, Marshall & Lazar (2012), corroborado pela *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), enunciam de modo mais detalhado a ideia anterior, referindo que a cognição não é um conceito unitário e que inclui múltiplos domínios, nomeadamente, a **atenção**

(mudar, partilhar ou manter a atenção num estímulo ou tarefa específica), a **execução** (planear, pensamento abstrato, organizar os pensamentos, controlar e inibir), alteração da **percepção espacial** (aptidão para procurar visualmente informação, desenhar ou recriar imagens visuais, manipulação mental de objetos em 2 ou 3 dimensões, construir), a **memória** (recordar e reconhecer a informação visual e verbal, episódica ou semântica), a **linguagem** (expressão e compreensão, tanto na oralidade como através da escrita, ver Anexo V). Assim, e segundo Aird (2011), uma pessoa após o AVC poderá ter de lidar com lapsos de memória e de atenção; dificuldade na organização, planeamento e na resolução de problemas; desinibição e défice na consciência sobre si e sobre o meio que o envolve.

Conclui-se, portanto, que o défice cognitivo poderá ser considerado como uma redução na eficiência, na frequência e na persistência do funcionamento, diminuição da efetividade na performance das AVD ou na dificuldade de adaptação a novas ou a situações problemáticas que se apresentam (Aird, 2011). A área da reabilitação da função cognitiva adquire expressividade e pertinência, devendo ser iniciada por uma correta avaliação por parte do profissional de saúde que identifique os compromissos cognitivos e físicos do cliente, de modo a implementar um conjunto de intervenções/programa de reabilitação estruturado e fundamentado (Hoeman, 2011), com repercussões ao nível da melhoria da sua funcionalidade e da conseqüente melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da sua família.

Antes de iniciar o subcapítulo seguinte relativo à reabilitação cognitiva da pessoa com AVC, gostaria de explicitar as minhas opções metodológicas que estiveram na base de elaboração desse mesmo subcapítulo. Assim, decidi por uma revisão da narrativa da literatura estruturada, cujo objetivo é compreender o estado da arte ao nível das práticas na área da reabilitação cognitiva. Elaborei duas grandes questões orientadoras da pesquisa e algumas questões subjacentes:

1. Quais as alterações cognitivas decorrentes do AVC e o seu impacto no processo de transição do indivíduo/família?
 - 1.1. Quais os instrumentos de avaliação cognitiva utilizados na pessoa com AVC?
2. Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação que promovem a reabilitação cognitiva da pessoa com AVC?
 - 2.1. Quais os instrumentos/métodos de avaliação da eficácia das intervenções/programas?
 - 2.2. Quais as intervenções/programas de reabilitação cognitiva utilizados na pessoa com AVC?

Numa primeira fase, a pesquisa foi realizada na base de dados *Cochrane Database of Systematic Reviews* e definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão: todos os documentos científicos cuja população em foco correspondesse ao Adulto e Idoso; participantes

com diagnóstico de AVC, excluindo outro tipo de lesão cerebral adquirida (lesão cerebral traumática, tumor, encefalite, abscesso, mal formações arteriovenosas); sem limitação quanto ao contexto de realização; exclusão de patologia psiquiátrica, patologia neurológica degenerativa progressiva, como a demência ou esclerose múltipla; exclusão de terapias alternativas/complementares, como por exemplo, acupuntura. Foram considerados os estudos publicados sob a forma de artigo científico no período temporal de 2010 a 2020, com resumo disponível, texto integral, redigidos em inglês, português e espanhol e que fossem ao encontro do objetivo desta revisão da narrativa. Relativamente à extração e análise dos resultados, foi criada uma tabela de evidências (ver Anexo VI), que permitiu a análise de acordo com os seguintes itens: autor, ano, país, base de dados, título, objetivos, metodologia, participantes (idade, diagnóstico, défice cognitivo e contexto), conceitos centrais, principais resultados, instrumentos de avaliação cognitiva, intervenções/programas de reabilitação cognitiva e instrumentos de avaliação do programa/intervenções de reabilitação cognitiva. Desta fase da pesquisa, resultou um total de cinco artigos para leitura integral, análise e elaboração da respetiva tabela de evidências (ver Anexo VI).

Numa segunda fase, foi alargada a pesquisa, de modo a não restringir a pesquisa bibliográfica às Revisões Sistemáticas da Literatura (RSL). Assim, e suportada pela metodologia da revisão estruturada da narrativa, foram mobilizadas referências bibliográficas dos artigos consultados decorrentes da pesquisa em base de dados, sites e *guidelines* de instituições, grupos de trabalho e autores de referência da área temática e ainda bibliografia sugerida por esses mesmos autores. Para alguns destes artigos, foram realizadas fichas de leitura que se encontram no Anexo VII.

3.1. Reabilitação Cognitiva da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

O termo “reabilitação cognitiva” surgiu após a I Guerra Mundial, com a sobrevivência de soldados que sofreram importantes lesões cerebrais e para os quais foram desenvolvidas estratégias de tratamento para as sequelas neurológicas daí resultantes (Boake, 1991). Durante este período, a Alemanha e os Estados Unidos, evidenciam-se como os principais países com maiores contributos ao nível desta área de intervenção. Durante a II Guerra Mundial ressurgiu o interesse sobre a reabilitação cognitiva, com o desenvolvimento de centros de reabilitação para lesões cerebrais nos Estados Unidos, União Soviética, Grã-Bretanha, entre outros (Boake, 1991). Tendo por base Boake (2003) este encaminhamento especializado de clientes com lesão cerebral, permitiu uma maior documentação dos programas de reabilitação cognitiva e dos resultados obtidos, contribuindo, determinadamente, para o corpo de conhecimentos dos

diferentes domínios que compõe a área da reabilitação cognitiva, nomeadamente, o domínio da neuropsicologia, da reabilitação vocacional e das terapias dirigidas para a pessoa com alteração do discurso/linguagem.

Depreende-se pelo exposto, que as bases da reabilitação cognitiva assentam nestes dois períodos de guerra (ver Anexo VIII), onde consta um resumo mais detalhado sobre estes dois períodos históricos), em que pelas suas consequências catastróficas ao nível da funcionalidade dos seus atores, foi necessário desenvolver estratégias de intervenção minimizando este impacto no indivíduo, família e na sociedade. De facto, após a II Guerra Mundial, foi o AVC que deu o mote para a continuação do desenvolvimento de conhecimentos na área da reabilitação cognitiva.

A reabilitação cognitiva baseia-se na **neuroplasticidade**. Trata-se da promoção de processos de reestruturação, investindo na capacidade do SNC em modificar-se e reorganizar-se a nível estrutural e funcional, na recuperação da região de penumbra e na mobilização de outras áreas cerebrais não afetadas para assumirem funções das áreas lesadas (Maia, Correia e Leite, 2009). Assim, e segundo os mesmos autores (2009), o conhecimento dos mecanismos de plasticidade sináptica e de recuperação funcional orienta a formulação dos princípios básicos e modelos de reabilitação, enquanto o conhecimento dos fatores prognósticos permite a sua avaliação racional.

Da pesquisa realizada, emerge a importância da mobilização de instrumentos/escalas de avaliação do doente com alterações da função cognitiva decorrente do AVC, no sentido de identificar o tipo e o grau de incapacidade inicial, e posterior monitorização dos resultados obtidos. Assim, verifica-se o seguinte cenário: estudos onde são apenas utilizadas as escalas de avaliação das alterações da função cognitiva (Korner-Bitensky, Barrett-Bernstein, Bibas, & Poulin, 2011); e outros em que mobilizam as escalas de avaliação cognitiva em conjunto com a avaliação da funcionalidade do cliente nas suas AVD, sendo este último grupo de estudos, aquele que ganha maior expressividade na bibliografia consultada (Winkens, Heugten, & Fasotti, 2011). Segundo as *guidelines* do *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), a recomendação vai ao encontro da utilização do instrumento MoCA (Montreal Cognitive Assessment) pela facilidade de aplicação em contexto de prática clínica, podendo ser a avaliação complementada com o MMSE (Mini-Mental State Examination), apesar de apresentar limitações em termos de avaliação das funções executivas e da memória. O instrumento MoCA é igualmente recomendado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2017). Outros instrumentos poderão ser utilizados, não havendo consenso; por exemplo a utilização da torre de Hanoi para identificação de alterações nas funções executivas, sendo que a falha/dificuldade na sua resolução, indica alterações na flexibilidade de

planeamento (Maia, Correia e Leite, 2009). Complementarmente, deve ser realizado a todos os indivíduos suspeitos ou com confirmação de diagnóstico de AVC, uma avaliação recorrendo à escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), estando preconizada para a avaliação da severidade dos défices neurológicos. Esta escala está dividida em 11 categorias, numa escala de 0 a 42, contemplando a avaliação do nível de consciência, desvio ocular, função motora e sensitiva dos membros e ataxia (Hui, Tadi e Patti, 2020); correspondendo um score mais elevado, a uma oclusão proximal da artéria.

Quanto aos programas e estratégias de intervenção específica na promoção da reabilitação cognitiva, os estudos apontam para dois tipos de abordagem: a **compensatória** (Winkens, Heugten, & Fasotti, 2011; Korner-Bitensky, Barrett Bernstein, Bibas, & Poulin, 2011; Koh, Hoffmann, Bennett, & McKenna, 2009) e a **reestruturação cognitiva/aprendizagem** (McEwen, Polatajko, Huijbregts, & Ryan, 2010). Os autores Pyun, Yang, Lee, Yook, Kwon, & Byun (2009) consideram que, tendo em conta o défice de evidência científica relativo à eficácia das intervenções acima referidas, consideram que é a mobilização destas duas estratégias de reabilitação cognitiva de modo conjugado, que torna o programa de reabilitação mais efetivo. Neste mesmo estudo (2009), são consideradas intervenções com benefício ao nível da reabilitação cognitiva, a conjugação de exercícios académicos (ex.: cálculo e leitura), com treino assistido por computador, uso de ajudas externas, o treino de competências comunicacionais, exercício físico e farmacoterapia. Também Maia, Correia e Leite (2009) corroboram a utilização destas duas estratégias de intervenção, considerando que são as que reúnem maior consenso, estando assentes na repetição, para estimulação do processo de resposta, quer de tarefas isoladas, como processos relacionados com as AVD ou na até na realização de exercícios leitura, escrita e cálculo. Sobre a abordagem compensatória, os mesmos autores (2009), referem que quando não é possível restituir a função cognitiva, podem ser sugeridas estratégias compensatórias (como o recurso a agendas ou sistema de post-its como auxiliar de memória).

Encontramos importantes *guidelines* com foco na reabilitação de défices cognitivos específicos, cuja fundamentação encontra-se assente em revisões da literatura mais recente, como *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), *National Stroke Association* do Japão (2011) e a *American Heart Association* (Winstein, C. J. et al, 2016). Verifica-se que as referidas *guidelines*, assim como as RSL resultantes da minha pesquisa na base de dados *Cochrane*, que a evidência científica sobre as intervenções/programas de reabilitação na área cognitiva é de fraca qualidade, relacionado com reduzida produção de trabalhos de investigação e com a dificuldade em realizar estudos metodologicamente fidedignos para serem incluídos nas RSL.

Tabela 1. Estratégias de Intervenção na Reabilitação Cognitiva

	<i>Reestruturação</i>	<i>Compensatória</i>
<i>Memória</i>	<ul style="list-style-type: none"> Δ fomentar a formação de imagens mentais e tarefas de tentativa-erro acompanhadas por profissional; Δ exercícios de organização semântica. 	<ul style="list-style-type: none"> Δ utilização de estratégias eletrônicas e não eletrônicas como auxiliares de memória, como agendas, caderno de apontamentos, mensagens de voz, alarmes; Δ tarefas de tentativa-erro acompanhadas por profissional.
<i>Percepção visuo-espacial</i>	<ul style="list-style-type: none"> Δ estimulação sensorial do lado afetado com água fria ou estímulo vibratório; Δ rotação corporal para o lado negligenciado; Δ realidade virtual 	<ul style="list-style-type: none"> Δ <i>prism therapy</i> Δ terapia de espelho
<i>Atenção</i>	<ul style="list-style-type: none"> Δ gestão do ambiente com a diminuição de estímulos; Δ realização de uma tarefa de cada vez; Δ repartir uma atividade/processo em etapas; Δ estabelecer intervalos durante a execução de tarefas; Δ promover a atividade física, como estratégia protetora do declínio cognitivo, ao aumentar a vascularização cerebral e a diminuição da prevalência de sintomas depressivos. 	
<i>Linguagem</i>	<ul style="list-style-type: none"> Δ o tratamento para melhorar a comunicação deve incluir a terapia da fala, para promover a produção e compreensão de palavras, frases e do discurso (incluindo leitura e escrita); Δ o treino por repetição palavras/frases para promoção da articulação de palavras; Δ projeção de voz e incentivar ritmo no discurso; Δ participação em conversas; 	<ul style="list-style-type: none"> Δ utilização de alternativas comunicacionais como cartões com ilustrações; Δ recurso alternativo comunicacional através da escrita, gestos ou recursos eletrônicos.
<i>Funções executivas</i>	<ul style="list-style-type: none"> Δ inclui o treino da memória e da atenção; Δ promoção do planeamento e organização de tarefas/atividades; Δ treino de estratégias de resolução de problemas, por repetição para se tornar automático; Δ promoção da consciência sobre a execução da tarefa/desempenho por <i>feedback</i> do profissional ou visualização de gravação de vídeo. 	<ul style="list-style-type: none"> Δ escrita das estratégias e/ou recurso métodos eletrônicos, como guião para resolução do d

Outra componente da reabilitação cognitiva, diz respeito à inclusão da família no planeamento dos cuidados. De facto, esta constitui-se como um aliado e também como fator que influencia o processo de transição, devendo ser ensinada e treinada sobre estratégias para lidar eficazmente com as alterações cognitivas no seu quotidiano, nomeadamente sobre estratégias compensatórias, estratégias comunicacionais (falar calmamente, conceder tempos de resposta alargados, realizar com perguntas simples de preferência de resposta binária) e portanto, proporcionar simultaneamente um ambiente calmo e estimulante. (Maia, Correia e Leite, 2009)

Assim, os objetivos dos profissionais de reabilitação que cuidam de clientes com patologia de AVC: identificar o significado das diferentes atividades; providenciar o acesso a suporte/ajuda e tratamento para sintomas debilitantes como a fadiga a confusão; intervir na adequação das respostas emocionais e comportamentais dos doentes às suas novas condições; trabalhar com as redes sociais mais alargadas que podem oferecer suporte ao doente; suportar a adaptação a uma alteração do modo de vida (Robison, Wiles, Ellis-Hill, McPherson, Hyndman, & Ashburn, 2009).

A reabilitação destes clientes tem-se focado sobretudo na reabilitação funcional motora para aquisição de independência ao nível das Atividades de Vida Diárias (AVD). Contudo, a cognição desempenha um papel determinante no potencial de reabilitação do cliente, pois a aprendizagem de novas estratégias e competências para desempenhar com sucesso as AVD, exige que esteja mantida a capacidade do cliente em pensar e processar a informação. (Hoeman, 2011)

2.2. O Papel do EEER na Reabilitação Cognitiva

Como referido anteriormente, o AVC é um problema de saúde pública tendo em conta os dados da sua incidência ao nível da população mundial e nacional. Esta realidade traduz a emergência de situações de transição em pessoas que lidam com a incapacidade, perda de autonomia e comprometimento do autocuidado, o que acarreta novos desafios para os enfermeiros, e em especial para os enfermeiros de reabilitação. No domínio da enfermagem o conceito de transição é abordado desde a década de 80, sendo Meleis a autora de referência. Chick & Meleis (1986) definem transição como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro. Neste sentido, e reportando-me às competências do EEER, a este compete a conceção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas ao auto-controlo e no processo de transição saúde-doença ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, a mobilização da teoria de médio alcance de Meleis permite compreender e facilitar a experiência de transição dos clientes que necessitam de cuidados de enfermagem especializados.

Como primeiro passo para a elaboração e implementação de um programa de reabilitação eficaz, Hoeman (2011) refere que consiste numa avaliação inicial rigorosa, onde se mobilize os dados quanto às capacidades cognitivas anteriores e após a lesão cerebral, identificando as potencialidades e as debilidades do cliente sobre esta função. Os domínios que o enfermeiro deverá considerar na sua avaliação cognitiva são a atenção, a função executiva, a perceção, a memória, o desempenho motor, a linguagem e a inteligência (Hoeman, 2011). Esta

avaliação deverá comportar a inclusão dos familiares na validação e como fonte de informação sobre o cliente. Esta recolha de informação, deverá ser complementada com o uso a instrumentos/escalas de avaliação cognitiva e funcional sensíveis aos cuidados do EER. Segundo Winkens, Heugten, & Fasotti (2011), as escalas de medida mais relevantes e significativas para a pessoa com limitações cognitivas devem ser centradas no desempenho das AVD, em vez de se focar apenas no grau e tipo de incapacidade cognitiva.

No sentido da facilitação do processo de transição, o enfermeiro deve ainda ser detentor de conhecimento sobre os fatores facilitadores e inibidores na concretização deste processo de uma forma saudável; neste sentido, Robison, Wiles, Ellis-Hill, McPherson, Hyndman, & Ashburn (2009), referem que os *outcomes* dos indivíduos são influenciados por aspetos físicos ou incapacidade cognitiva, fatores ambientais, a capacidade de adaptação dos próprios indivíduos, suporte de terceiros e a ajuda profissional. Assim, deve ser na gestão destes fatores que o enfermeiro adquire o papel de agente facilitador deste processo de transição. Note-se, que o processo de transição saúde-doença, não é cumprido no momento da alta hospitalar, pelo que a preparação do cliente e sua família deve constituir-se como um objetivo primordial no plano de cuidados do cliente com alterações cognitivas. Ainda neste sentido, os mesmos autores (2009) ilustram este aspeto, referindo que logo após a alta hospitalar, os doentes descrevem o impacto do AVC em termos físicos e incapacidades cognitivas com consequências ao nível funcional, o que limita a sua habilidade na participação em atividades de valor em várias esferas da sua vida, pelo que o enfermeiro deverá minimizar o impacto destas alterações do papel e da própria funcionalidade cognitiva-motora, para que os processos de reajustamento e integração do novo papel sejam concluídos de modo saudável.

Após a avaliação do cliente, segue-se a formulação dos diagnósticos, os quais determinarão as estratégias de intervenções a serem implementadas. Sobre este ponto, Hoeman (2011) formula um conjunto de diagnósticos possíveis relativos à alteração da função cognitiva, descrevendo as suas características (ver Anexo IX). Relativamente ao plano de intervenção, a mesma autora (2011) avança com os seguintes grupos de intervenções da competência do EER a serem aplicados numa fase aguda da lesão cerebral: promoção da função cognitiva; promoção da tomada de decisão apropriada; promoção do controlo apropriado do pensamento; promoção do processamento rigoroso de informação; promoção das funções da memória; promoção da segurança; e promoção do controlo da agressão/agitação. Posteriormente, numa fase sub-aguda, Hoeman (2011), adianta como possíveis estratégias de intervenção: Promover o conforto, a segurança e orientação para a realidade; promover a atenção, a capacidade de se forçar de modo a facilitar a participação do doente nas atividades; promover a recuperação da consciência através de atividades de estimulação do coma; promover a frequência e a duração da atividade

do indivíduo; promover a participação do familiar; promover a compreensão do familiar sobre a alteração da função cognitiva; e promover a tomada de decisão apropriadas pelo doente e família e relação ao próximo nível de cuidados, por exemplo, o regresso a casa, a referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC), a ida para um centro de reabilitação ou a institucionalização em casas de repouso/lares.

De facto, as alterações cognitivas decorrentes de uma situação de AVC, constituem-se como mudanças que ocorrem ao nível da saúde do indivíduo e que afetam o equilíbrio pessoal e familiar, impondo à pessoa a necessidade de percorrer um processo de adaptação e de ajustamento denominado, segundo a autora da Teoria das Transições Meleis, como um processo de transição saúde-doença.

Tratando-se de uma situação de doença súbita conduz a uma repercussão na qualidade de vida da pessoa/ família, pelo que, e segundo Silva (2010), a reabilitação assume uma grande importância no sentido de ajudar o indivíduo a readquirir capacidades perdidas e a tornar-se novamente independente. Articulando toda a pesquisa bibliográfica e após a sua análise, elaborei um diagrama de conceitos. Na minha opinião, trata-se de ferramenta norteadora de futuras pesquisas, que orienta a tomada de decisão e a fundamentação dos planos de cuidados que irei elaborar e implementar durante o Ensino Clínico. Prevejo que seja frequentemente melhorada e otimizada, à medida que a experiência de Ensino Clínico enriquece o conhecimento obtido através das pesquisas sobre o tema em estudo. E, em última análise, constituirá uma ajuda para elaboração do relatório de estágio (ver Anexo X).

4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Da fundamentação teórica, surgem os seguintes problemas parcelares relacionados com a temática em estudo:

- Quais as alterações cognitivas decorrentes do AVC e o seu impacto no processo de transição do indivíduo/família?
 - Quais os instrumentos/escalas de avaliação da função cognitiva e da sua capacidade funcional, utilizados na pessoa com AVC?
 - Qual o impacto das alterações cognitivas ao nível da funcionalidade da pessoa com AVC?
 - Qual a importância da reabilitação cognitiva do cliente com AVC no processo de transição saudável?
- Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Reabilitação que promovem a reabilitação cognitiva da pessoa com AVC da pessoa em processo de transição?
 - Quais as intervenções/programas de reabilitação cognitiva utilizados na pessoa com AVC?
 - Quais os instrumentos/métodos de avaliação da eficácia das intervenções/programas?
 - Qual o papel do enfermeiro especialista na promoção da reabilitação cognitiva da pessoa com AVC?

Destes problemas parcelares surge a seguinte questão de investigação: Como poderá o enfermeiro especialista de reabilitação facilitar o processo de transição da pessoa com alterações da função cognitiva decorrente do AVC?

Atendendo à questão de investigação e considerando o intuito desta etapa final do percurso académico relativo ao desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER, defini como objetivos gerais do Projeto de Estágio: (1) Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na reabilitação cognitiva da pessoa com alteração da função cognitiva decorrente do AVC em processo de transição; (2) Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na promoção do processo de reabilitação da pessoa e sua família.

Relativamente aos objetivos específicos que garantem a operacionalização dos objetivos gerais, a partir do primeiro objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

1. Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar e o papel do EEER no processo de transição da pessoa com alteração cognitiva decorrente do AVC;

2. Aprofundar o conhecimento desenvolvido na área temática da reabilitação cognitiva da pessoa em processo de transição após o AVC, que sustente uma prática clínica especializada baseada na evidência científica mais recente;
3. Desenvolver competências na avaliação e identificação de alterações cognitivas decorrentes do AVC, com impacto na funcionalidade da pessoa em processo de transição;
4. Conceber planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que maximizem as funções cognitivas e que promovam a funcionalidade na realização das suas atividades de vida;
5. Analisar o processo de aquisição de competências do EEER realizado durante o planeamento e execução do Projeto de Estágio.

Quanto ao segundo objetivo geral, decorre o seguinte objetivo específico:

6. Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação à pessoa com alterações ao nível cardio-respiratório, sensorio-motor, alimentação e eliminação, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho e análise do processo de transição segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis.

Para a concretização destes objetivos específicos, foram definidas e enunciadas atividades, recursos necessários, indicadores e critérios de avaliação, os quais foram articulados e apresentados sob forma de tabela, a qual se encontra no Anexo XI.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de concluir o PE, torna-se fundamental apresentar a previsão das limitações que poderão ocorrer durante a implementação do mesmo. Uma destas poderá estar relacionada com o cumprimento do primeiro objetivo geral e dos específicos que dele decorrem, pois apresenta como atividade a realização de entrevista prévia ao início do estágio, o que não se antevê ser possível de efetivar, devido ao atraso na confirmação da possibilidade de realização dos Ensinos Clínicos tanto na UNIDADE DE AVC como na UCC. Esta situação conduz, igualmente, a uma incerteza e desconhecimento sobre as práticas, as intervenções e os recursos disponíveis nos locais, nomeadamente, no âmbito da reabilitação cognitiva.

Também a complexidade da temática do projeto acarreta dificuldades na execução do mesmo, dado que se insere nas áreas da neurociência, da neuroestimulação e da neuroplasticidade, com a conseqüente escassez de estudos que reportem planos de reabilitação cognitiva implementados e com evidência de ganhos em saúde. Contudo, pelo desafio que se constitui, torna aliciante o seu estudo e abordagem, pelo que todos os conhecimentos decorrentes da sua realização, constituem uma mais-valia para a produção de conhecimento e para o meu processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências enquanto futura EEER.

Analisando o processo de pesquisa e elaboração do PE, constato a complexidade da área das neurociências e dos conseqüentes processos de recuperação/reabilitação das doenças que afetam o Sistema Nervoso Central (SNC), e que incorrem nesta dificuldade ética-deontológica de definição de critérios para a seleção e inclusão dos indivíduos nos programas de reabilitação, evidente nos estudos consultados. Acresce ainda, a complexidade da escolha dos métodos de avaliação neurológica/cognitiva dos participantes ou, por exemplo, no desafio de ser concebido e aplicado um programa de reabilitação cognitiva em contexto de prática clínica sem viés adjacente às dinâmicas multidisciplinares e institucionais inerentes a um regime de internamento hospitalar.

Prevejo, igualmente, a possibilidade de ser confrontada com a limitação decorrente da dimensão temporal em que o PE deverá ser realizado, o que exigirá o planeamento rígido das atividades a desenvolver. Como resposta a esta limitação, a elaboração deste projeto e do cronograma que o compõe, permitirá gerir com sucesso esta limitação (ver Anexo XII).

Por último, outra limitação à concretização deste projeto e que se torna incontornável, refere-se ao facto de me encontrar a exercer atividade profissional num hospital em regime de 35 horas semanais aos quais acrescem turnos extraordinários, face à pandemia que estamos a lidar. Traduz-se num exigente exercício de gestão entre o campo de estágio e o meu local de

trabalho, para a realização de pelo menos 3 turnos semanais em contexto de Ensino Clínico. A esta limitação acresce a situação de um dos locais de estágio encontrar-se afastado tanto da minha área de residência, como da área onde desenvolvo a minha atividade profissional, o que exigirá um esforço acrescido na gestão de turnos.

No que diz respeito às prioridades definidas para este projeto, saliento a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências enquanto EEER, mobilizando os conteúdos abordados em contexto académico. Inerente a este facto, a minha segunda prioridade é o desenvolvimento com sucesso a problemática do meu projeto, com evidência sobre as intervenções do EEER na facilitação do processo de transição da pessoa com alterações cognitivas decorrentes do AVC.

Considero que o documento responde à definição do problema em estudo e na fundamentação da pertinência da escolha, ao planeamento do trabalho com a definição dos objetivos, atividades e recursos disponíveis, previsão das limitações e determinação das prioridades, e à determinação dos indicadores e critérios de avaliação. Penso que reúne um conjunto de características fundamentais como a simplicidade, pragmatismo, flexibilidade, exequibilidade e adaptabilidade às características do próprio e às circunstâncias do tempo e espaço.

Assim, e para finalizar, este projeto poderá constituir-se como um fio condutor que permitirá guiar o meu percurso enquanto estudante durante os Ensinos Clínicos e, numa última fase, constituir-se-á como instrumento de avaliação do meu percurso e das respetivas aprendizagens alcançadas.

BIBLIOGRAFIA

- Aird, T. (2011). Assessment, Interpretation and Management of Impaired Cognition. In S. Woodward, & M. A., *Neuroscience nursing: evidence-based practice*. pp. 123-140. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Alegre: Artmed.
- Araújo, C. M. M. & Rebelo, M. L. (2012). Avaliação educacional: A abordagem por competências. *Perspetiva Florianópolis*, 22, (2), pp. 497-524
- ARN. (2011). *ARN The Specialty Practice of Rehabilitation Nursing: A Core Curriculum 6th Edition*. (C. Jacelon, Ed.) USA: Association of Rehabilitation Nurses.
- Boake, C. (1991). History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury. In J. Kreutzer, & P. Wehman, *Cognitive Rehabilitation Persons with Traumatic Brain Injury* (pp. 3-12). Baltimore, Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co., Inc.
- Bowen, A., Hazelton, C., Pollock, A., Lincoln, N. B., & Bowen, A. (n.d.). Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. Chinn, *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Chung, C. S., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. R., Hagen, S., & Chung, C. S. (n.d.). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Cohan, R. (2019). Clinical Exam: Neurological Examination and Stroke Localization. *Strokesciences*. Acessível em: <https://strokesciences.com/stroke-vascular-territories-and-individual-variabilities-in-collateral-circulation/>
- Cumming, T., Marshall, R., & Lazar, R. (2012). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *International Journal of Stroke*(8), pp. 38-45.
- das Nair, R., Cogger, H., Worthington, E., Lincoln, N. B., & das Nair, R. (n.d.). Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto. Diário da República n.º 157 – I Série – A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. Diário da República n.º 60 – I Série – A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional para as Doenças Cérebro. Cardiovasculares. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acessível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro. Cardiovasculares*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acessível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Escola Superior de Enfermagem. (2019). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa.
- Hawser, S. (2004). Acidente Vascular Cerebral. In E. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, & J. Jameson, *Harrison Manual de Medicina* (J. Falcato, Trad., 15ª ed., pp. 142-150). Lisboa: Mc Graw-Hill de Portugal
- Hickey, A., Merriman, N. A., Bruen, C., Mellon, L., Bennett, K., Williams, D., Pender, N., Doyle, F., & Hickey, A. (n.d.). Psychological interventions for managing cognitive impairment after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional das actividades de vida diária. In S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidata. pp. 209-270.
- Hui, A. (2015) Classification of Aphasia. *Toronto Notes 2015 – Neuroanatomy*. Acessível em: <http://www.ashleyhui.com/projects#/toronto-notes/>
- Koh, C., Hoffmann, T., Bennett, S., & McKenna, K. (2009). Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, pp. 324–331.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., & Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists’ assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, pp. 241–250.
- Loetscher, T., Potter, K., Wong, D., das Nair, R., & Loetscher, T. (n.d.). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11.

- Maia, L., Leite, R. & Correia, C. (2009) Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de casos e instrumentos. Lisboa: Lidel Editora. ISBN: 9789727575220
- McEwen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), pp. 541-561.
- McEwen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), pp. 541-561.
- Mizuno, K., Tsujimoto, K., e Tsuji, T. (2021). Effect of Prism Adaptation Therapy on the Activities of Daily Living and Awareness for Spatial Neglect: A Secondary Analysis of the Randomized, Controlled Trial. *Brain sciences*, 11(3), (pp.347). Doi: <https://doi.org/10.3390/brainsci11030347>
- Norrving, B., Leys, D., Brainin, M., & Davis, S. (2018 Novembro) Stroke Definition in the ICD-11 at the WHO. *World Neurology*. 28(4), 3. Acedido em 20/10/2020. Disponível em: https://worldneurologyonline.com/wp-content/uploads/2013/11/WFNnov13_Final.pdf
- Nucleos Medical Media Inc (2001). Anatomy of the Cerebral Vasculature [Imagem]. Alamy. Acessível em: <https://www.alamy.com/anatomy-of-the-cerebral-vasculature-image7710057.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2014a). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Colégio da Especialidade de Enfermagem de

Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pyun, S., Yang, H., Lee, S., Yook, J., Kwon, J., & Byun, E. (2009). A home programme for patients with cognitive dysfunction: A pilot study. *Brain Injury*, 23(7-8), pp. 686–692.

Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D., & Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disability and Rehabilitation*, 31(19), pp. 1555-1566.

Robison, J., Wiles, R., Ellis-Hill, C., McPherson, K., Hyndman, D., & Ashburn, A. (2009). Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps? *Disability and Rehabilitation*, 31(19), pp. 1555-1566.

Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), (pp. 119-127).

Scott, E., Kasner, MD., Ralph, L. & Sacco, MD (2018). Implications of the AHA/ASA Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *World Neurology*. 28(4). Acessível em: <https://wfneurology.org/implications-of-aha-asa-updated-definition-of-stroke>

Silva, E. (2010). Reabilitação após o AVC, pp. Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Porto.

Smith, S., Bloom, J., & Minniti, N. (2010). Cerebrovascular Disease and Disorders. In C. Armstrong, & L. Morrow (Ed.), *Handbook of Medical Neuropsychology*. pp. 101-122. New York, USA: Springer.

Smithuis, R. (2008). Vascular territories. *Radiology Assistant*. Acedido em: 07/07/2020. Acessível em: <https://radiologyassistant.nl/neuroradiology/brain-ischemia/vascular-territories>

Teasell, R. et al (2020). Canadian stroke best practice recommendations: rehabilitation, recovery, and community participation following Stroke. Part one: rehabilitation and

recovery following stroke; 6th Edition Update 2019. *International Journal of Stroke*. 15(7). (pp.763–788). Doi: 10.1177/1747493019897843 journals.sagepub.com/home/wso

Winkens, I., Heugten, C., & Fasotti, L. &. (2011). Treatment of mental slowness: How to evaluate treatment effects. A systematic review of outcome measures. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(6), pp. 860–883.

Winstein, C. J. et al (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 47(6), (pp. 98–e169). Doi: <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

Wiseman, A. (2018). After sixty-two years of officially categorizing stroke as a Disease of the Circulatory System, the newly published WHO ICD 11, has correctly classified stroke as a Disease of the Nervous System. *World Stroke Organization*. Acedido em 25/10/2020. Disponível em: <https://www.safestroke.eu/2018/06/29/new-icd-11-stroke-classification-will-support-global-efforts-to-improve-prevention-treatment-and-outcomes/>

World Stroke Organization (2016). Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 94(9). (pp.633-708). Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.181636>

Zabala, A. e Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. Porto

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA E DE OBSERVAÇÃO

**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM - AREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Opção II – Projeto de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com
alteração cognitiva decorrente do AVC**

Guião de Entrevista

Locais de Ensino Clínico: UCC & UNIDADE DE AVC

Ana Patrícia Chastres Nunes

Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa

2020

O presente guião de entrevista visa (1) conhecer os aspetos gerais de funcionamento e organização do contexto clínico, (2) identificar as características e as necessidades gerais da população que intervém, e (3) compreender o papel que o EEER desempenha junto da equipa multidisciplinar e da comunidade/famílias. Estes objetivos são fundamentais para adequar o Projeto Final de Intervenção Clínica aos recursos e às características do contexto do campo de estágio em que este se irá desenvolver e concretizar.

Considerando as condições previstas para a realização da entrevista, assim como, da atividade de recolha de dados por via da observação e dos objetivos descritos anteriormente, optou-se pela elaboração deste documento sob uma metodologia semi-estruturada composto sobretudo por tópicos, conferindo uma abertura para a exploração de outras temáticas/perguntas que possam contribuir para o projeto em elaboração. Os pontos 1,2 e 3 prevê-se que a obtenção da informação poderá ser por consulta de documentação e observação, apenas se necessário serão esclarecidas dúvidas com a Orientadora do Ensino Clínico/Enf.^a Chefe. Por outro lado, os pontos 4 e 5, são direcionados para a entrevista com os elementos mencionados, e constituem-se como tópicos orientadores na condução da entrevista.

Entrevista ao Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Especialista

1. Caracterização do serviço:

- 1.1. Missão;
- 1.2. Espaço físico;
- 1.3. Horário de funcionamento, visitas, e outros serviços relevantes;
- 1.4. Documentação de integração e normas de procedimentos;
- 1.5. Articulação com outros serviços/programas/entidades prestadoras de cuidados;
- 1.6. Área de abrangência;
- 1.7. Materiais de apoio.

2. Caracterização da população alvo de cuidados:

- 2.1. Referenciação dos doentes/famílias na instituição;
- 2.2. Critérios de admissão, processo de planeamento e efetivação alta;
- 2.3. Diagnósticos de enfermagem/necessidades mais comuns/prevalentes na população.
Nomeadamente, aquelas que são sensíveis à intervenção do enfermeiro de reabilitação;
- 2.4. Patologias/situação clínica mais frequentes;
- 2.5. Tempo médio de internamento/assistência no domicílio;

2.6. Aspetos sócio-demográficos: espectro de idades, suporte familiar, condições habitacionais.

3. Recursos Humanos

- 3.1. Número de enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas de reabilitação, enfermeiros especialistas de outras áreas;
- 3.2. Constituição da equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, assistentes operacionais);
- 3.3. Filosofia de cuidados de enfermagem/método de trabalho no serviço (enfermeiro responsável, enfermeiro de referência, centrado no cuidado ao doente e/ou família);
- 3.4. Funções do enfermeiro especialista de reabilitação no serviço/programa de intervenção (chefia/coordenação/prestação de cuidados gerais e/ou reabilitação).
- 3.5. Em função do número de enfermeiros especialistas de reabilitação, como é organizada e gerida a sua presença pelos vários turnos de trabalho?

4. Intervenção do Especialista de Reabilitação: avaliação, planeamento, implementação, avaliação e continuidade dos cuidados:

- 4.1. Quais os intervenientes no planeamento do programa de reabilitação para aquele doente/família?
- 4.2. Documentação do processo de cuidados, ou seja, que instrumentos de registo são utilizados para o registo dos cuidados do ER? Em que plataforma (papel/informático)? Se os registos refletem a intervenção e os resultados obtidos resultante dessa mesma intervenção? A utilização de escalas e quais?
- 4.3. Como se processa o planeamento da alta e a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação? Que recursos utilizam? Envolvimento dos familiares.
- 4.4. Necessidades mais comuns que emergem da população alvo de cuidados sensíveis à intervenção do enfermeiro de reabilitação;
- 4.5. Como se articula o enfermeiro especialista de reabilitação com a restante equipa multidisciplinar e com os recursos na comunidade?
- 4.6. Que recursos materiais estão ao dispor do enfermeiro de reabilitação? (É identificada a necessidade de outros recursos?);
- 4.7. Relativamente à capacitação do doente/família para o momento da alta, em que domínio do autocuidado é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação? Em contexto hospitalar/domiciliário, quais as preocupações de maior relevância são expressas pelo doente/família?

5. Projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento no serviço que abrangem os cuidados de enfermagem de reabilitação?

5.1. Quais?

5.2. A existência de divulgação dos resultados obtidos/ganhos em saúde relacionados com a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação? (comunidade científica, junto da população).

ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO AVC

ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO AVC

TABLE 1	Cerebrovascular Disease Categories and Definitions (Selected) in the ICD-11
	STROKE
	Cerebral ischemic stroke
	<i>Definition:</i> acute focal neurological dysfunction caused by focal infarction at single or multiple sites of the brain or retina. Evidence of acute infarction may come either from a) symptom duration lasting more than 24 hours b) neuroimaging or other technique in the clinically relevant area of the brain
	Intracerebral hemorrhage
	<i>Definition:</i> acute neurological dysfunction caused by hemorrhage within the brain parenchyma or in the ventricular system
	Subarachnoid hemorrhage
	<i>Definition:</i> acute neurological dysfunction caused by subarachnoid hemorrhage
	Stroke not known if ischemic or hemorrhagic
	<i>Definition:</i> acute focal neurological dysfunction lasting more than 24 hours (or lead to death in less than 24 hours), but subtype of stroke (ischemic or hemorrhagic) has not been determined by neuroimaging or other techniques
TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK*	
<i>Definition:</i> a transient episode of focal neurological dysfunction caused by focal brain or retinal ischemia without acute infarction in the clinically relevant area of the brain or retina. Symptoms should resolve completely within 24 hours.	
CEREBROVASCULAR DISEASE WITH NO ACUTE CEREBRAL SYMPTOM*	
<ul style="list-style-type: none">• Silent cerebral infarct (defined as an infarct demonstrated on neuroimaging or at autopsy that has not caused acute dysfunction of the brain)• Silent cerebral microbleed• Silent cerebral macrobleed• Silent white matter abnormalities associated with vascular disease (defined as abnormalities in the cerebral white matter of proven or assumed vascular origin)	
<small>* Categories not classified as "stroke"</small>	

Fonte: Norrving, B., Leys, D., Brainin, M., & Davis, S. (2018 Novembro) Stroke Definition in the ICD-11 at the WHO. *World Neurology*. 28(4), 3. Acedido em 20/10/2020. Disponível em: https://worldneurologyonline.com/wp-content/uploads/2013/11/WFNnov13_Final.pdf

ANEXO III – LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DAS LESÕES CEREBRAIS
NO AVC SEGUNDO HAWSER (2004)

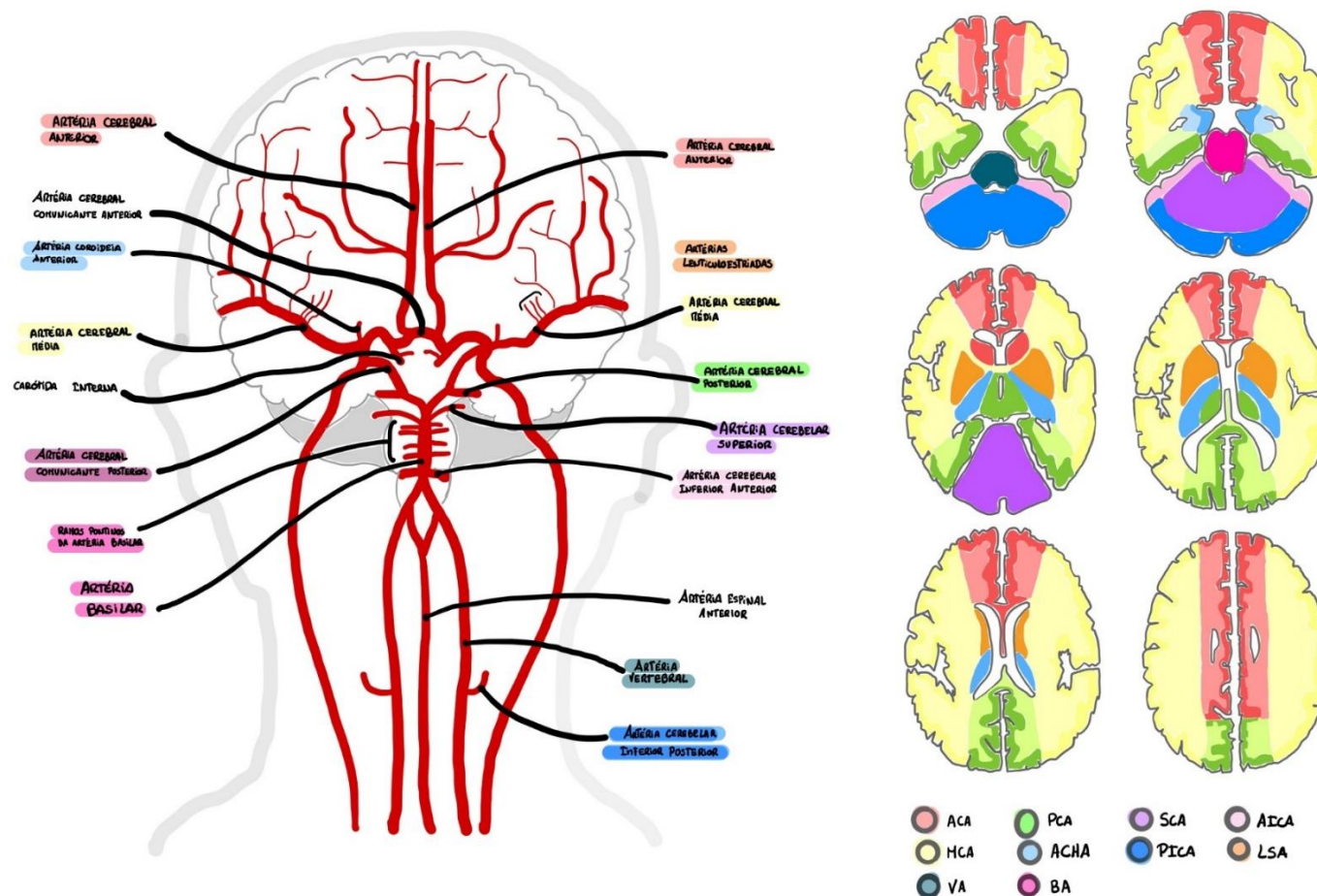
ANEXO III – LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DAS LESÕES CEREBRAIS NO AVC SEGUNDO HAWSER (2004)

Sinais e sintomas	Estruturas envolvidas
HEMISFÉRIO CEREBRAL, FACE EXTERNA (ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA)	
Hemiparesia Défice hemissensorial Afasia motora (de Broca) – fala hesitante com dificuldade em encontrar as palavras e compreensão preservada Afasia central (de Wernicke) – anomia, má compreensão, fala jargão Negligência unilateral, apraxias Hemianopsia ou quadrantanopsia homônima Olhar preferencial com olhos desviados para o lado da lesão	Córtex motor parietal e frontal contralateral Córtex somatossensorial contralateral Área motora da linguagem, lobo frontal dominante Central, área perissilvica, hemisfério dominante Lobo parietal não dominante Radiação óptica no lobo parietal inferior ou temporal «Centro» para o olhar lateral (lobo frontal)
HEMISFÉRIO CEREBRAL, FACE INTERNA (A. CEREBRAL ANTERIOR)	
Paralisia do pé e da perna, com ou sem paresia do braço Perda sensorial cortical na perna Reflexos de preensão e sucção Incontinência urinária Apraxia da marcha	Área da perna com ou sem área do braço no córtex motor contralateral Área do pé e da perna no córtex sensorial contralateral Lobo frontal posterior interno Área sensoriomotora, lóbulo paracentral Córtex frontais
HEMISFÉRIO CEREBRAL, FACE INFERIOR (A. CEREBRAL POSTERIOR)	
Hemianopsia homônima Cegueira cortical Défice de memória Perda sensorial densa dor espontânea, disestesias, coreoatetose	Córtex occipital calcarino Lobos occipitais, bilateralmente Hipocampo, bilateralmente ou dominante Tálamo e subtálamo
TRONCO CEREBRAL, MESENCÉFALO (A. CEREBRAL POSTERIOR)	
Paralisia do III nervo craniano e hemiplegia contralateral Paralisia/paresia do movimento ocular vertical Nistagmo de convergência, desorientação	III nervo craniano e pedúnculo cerebral (síndrome de Weber) Fibras supranucleares para o III nervo craniano Extremidade superior do mesencéfalo, periaqueduto
TRONCO CEREBRAL, JUNÇÃO PONTOBULBAR (A. BASILAR)	
Paralisia facial Paresia da abdução do olho Paresia do olhar conjugado Défice sensorial hemifacial Síndrome de Horner Sensação térmica e dolorosa diminuída em metade do corpo (com ou sem a face) Ataxia	«Centro» do olhar lateral, homolateral Feixe e núcleo do V nervo, homolateral Vias simpáticas descendentes Feixe espinhotalâmico, contralateral Pedúnculo cerebeloso médio e cerebelo
TRONCO CEREBRAL, BULBO LATERAL (A. VERTEBRAL)	
Vertigem, nistagmo Síndrome de Horner (miose, ptose, sudção diminuída) Ataxia, queda para o lado da lesão Sensação térmica e dolorosa insuficiente em metade do corpo, com ou sem a face	Núcleo vestibular Fibras simpáticas descendentes, homolateral Hemisfério ou fibras do cerebelo Feixe espinhotalâmico contralateral

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

ANEXO IV – SISTEMA VASCULAR CEREBRAL E
TERRITÓRIOS VASCULARES

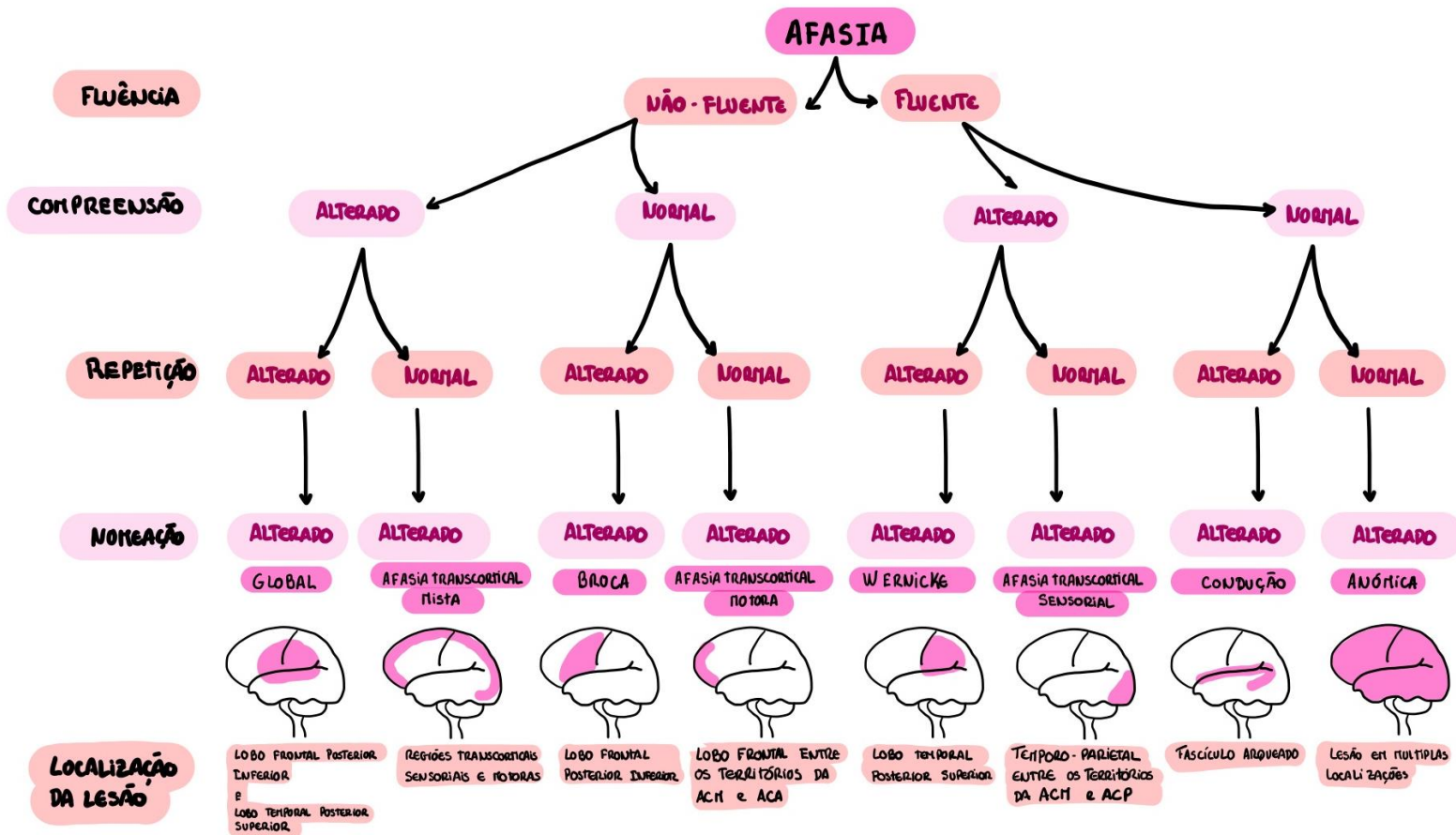
ANEXO IV – SISTEMA VASCULAR CEREBRAL E TERRITÓRIOS VASCULARES



Fonte: Adaptado de (1) Nucleos Medical Media Inc (2001). Anatomy of the Cerebral Vasculature [Imagem]. Alamy. Acessível em: <https://www.alamy.com/anatomy-of-the-cerebral-vasculature-image7710057.html> || (2) Smithuis, R. (2008). Vascular territories. *Radiology Assistant*. Acessível em: <https://radiologyassistant.nl/neuroradiology/brain-ischemia/vascular-territories> || (3) Cohan, R. (2019). Clinical Exam: Neurological Examination and Stroke Localization. *Strokesciences*. Acessível em: <https://strokesciences.com/stroke-vascular-territories-and-individual-variabilities-in-collateral-circulation/>

ANEXO V – ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM: AFASIA

ANEXO V – ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM: AFASIA



Fonte: Hui, A. (2015) Classification of Aphasia. *Toronto Notes 2015 – Neuroanatomy*. Acessível em: <http://www.ashleyhui.com/projects#/toronto-notes/>

ANEXO VI – TABELA DE EVIDÊNCIAS

ANEXO VI – TABELA DE EVIDÊNCIAS

Autor/ Ano/ País/ Base de Dados	Estudos	Objetivos	Metodologia	Participantes/Contexto
<p>Loetscher T, Potter KJ, Wong D, das Nair R</p> <p>2019</p> <p>Cochrane</p>	<p>Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke (Review)</p>	<p>To determine whether people receiving cognitive rehabilitation for attention problems 1. show better outcomes in their attentional functions than those given no treatment or treatment as usual, and 2. have a better functional recovery, in terms of independence in activities of daily living, mood and quality of life, than those given no treatment or treatment as usual.</p>	<p>Systematic Review</p>	<p>This review was confined to trials that selected people with demonstrable (on formal attention testing) or self-reported attentional deficits following stroke. We excluded trials in which participant selection for attentional training was based on general cognitive impairments (e.g. as assessed with the Mini-Mental State Examination) or other cognitive functions (e.g. aphasia). The participants were restricted to those with stroke. We excluded trials that included participants with mixed etiologies unless separate data were available relating to people with stroke or if the trials had more than 75% of people with stroke in their sample.</p>
Conceitos centrais	Principais resultados	Instrumentos de avaliação cognitiva	Intervenções/Programa de reabilitação Cognitiva	Instrumentos de avaliação do programa/intervenções de reabilitação cognitiva
<p>Attentional components: alertness/arousal, selective attention, sustained attention (vigilance), and divided attention. There is some evidence that attentional components need to be trained separately as there is little generalization of treatment from one attentional domain to another (Sturm 1991; Sturm 1997).</p> <p>The treatment of cognitive deficits is necessary because these deficits have a negative effect on functional abilities (Barker-Collo 2006), and quality of life (Kwa 1996; Mitchell 2010; Nys 2006).</p> <p>Sustained attention (concentration) is an important prerequisite for motor recovery since sufficient sustained attention is required for learning (Robertson 1997). Deficits in attention can affect the ability to engage with other rehabilitation required for poststroke recovery (e.g. physiotherapy) and are associated with increased risk of falls (Hyndman 2003). Other specific attentional disorders, such as auditory and visual selective attention, and divided attention, also affect functional recovery (Hyndman 2008; Stapleton 2001).</p>	<p>No evidence that cognitive rehabilitation improved general (global) measures of attention. The group that received cognitive rehabilitation performed better than the control group on tasks that required people to divide attention. However, this benefit was only seen immediately after the rehabilitation period with no suggestion that the benefits persist for longer. There was no evidence to suggest that cognitive rehabilitation was beneficial for other types of attention problems, or daily life activities, mood, or quality of life. More research is needed.</p> <p>The very low to moderate methodological quality of the studies identified, and the lack of studies means that we cannot draw firm conclusions about the effect of cognitive rehabilitation for attention following stroke.</p>	<p>Exclusão de métodos de avaliação genérica de défices cognitivos (ex. Mini-Mental State).</p> <p>Subjective reports of global attention as measured by validated rating Scales:</p> <p>Rating Scale of Attentional Behavior (Ponsford 1991);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moss Attention Rating Scale (Whyte 2003); • Attention Rating and Monitoring Scale (Cicerone 2002); • Cognitive Failures Questionnaire (Broadbent 1982). 	<p>Cognitive rehabilitation interventions include tasks designed to restore attention abilities, such as computerized activities and pencil-and-paper tasks requiring attention. The alternative approach is teaching people strategies to compensate for their attention impairments. Attempts to retrain attentional skills have mainly relied on a restitution approach, although trials of attentional rehabilitation for people with other forms of brain injury, for instance traumatic brain injury, have emphasized the development of compensatory strategies rather than the restoration of basic aspects of attention (Cicerone 2005).</p>	<p>Subjective reports of global attention as measured by validated rating scales, such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rating Scale of Attentional Behavior (Ponsford 1991); • Moss Attention Rating Scale (Whyte 2003); • Attention Rating and Monitoring Scale (Cicerone 2002); • Cognitive Failures Questionnaire (Broadbent 1982). <p>Objective reports of domains of attention as measured by:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tests of alertness/arousal; • tests of selective attention; • tests of sustained attention • tests of divided attention. <p>Reports of functional abilities in daily living, mood, and quality of life</p> <ul style="list-style-type: none"> • Functional abilities as measured by scales such as the Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL; Nouri 1987), Functional Independence Measure (Granger 1994), Barthel Index (Mahoney 1965), and Stroke Impact Scale (Duncan 2003). • Mood as measured by scales such as the General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg 1972), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond 1983). • Quality of life, as measured by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL; WHOQOL Group 1998), and 36-item Short Form (SF-36; Ware 1992).

Autor/ Ano/ País/ Base de Dados	Estudos	Objetivos	Metodologia	Participantes/Contexto
<p>Bowen A, Hazelton C, Pollock A, Lincoln NB</p> <p>2013</p> <p>Cochrane</p>	<p>Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke (Review)</p>	<p>To assess whether cognitive rehabilitation improves functional independence, neglect (as measured using standardized assessments), destination on discharge, falls, balance, depression/anxiety and quality of life in stroke patients with neglect measured immediately post intervention and at longer-term follow-up; and to determine which types of interventions are effective and whether cognitive rehabilitation is more effective than standard care or an attention control.</p>	<p>Systematic Review</p>	<p>This review was confined to trials that included participants with neglect following stroke. Stroke was confirmed by neurological examination or brain scanning, or both, and neglect by neuropsychological assessment.</p>
Conceitos centrais	Principais resultados	Instrumentos de avaliação cognitiva	Intervenções/Programa de reabilitação Cognitiva	Instrumentos de avaliação do programa/intervenções de reabilitação cognitiva
<p>Stroke can affect cognitive as well as physical and sensory abilities (Wade 1985). Cognitive deficits include a disorder of spatial awareness known as unilateral spatial neglect. Neglect is a disorder which can reduce a person's ability to look, listen or make movements towards one half of their environment. This can also affect their ability to carry out many everyday tasks, such as eating, reading and getting dressed (Katz 1999). Stroke may differentially affect our ability to direct our attention in the visual, auditory or tactile modalities. Although people do sometimes neglect their ipsilesional (same) side, most researchers and clinicians focus on the far more common neglect of contralesional (opposite) side space. The reported incidence of neglect in stroke patients has varied from as high as 90% (Massironi 1988) to as low as 8% (Sunderland 1987). Contralesional neglect occurred more often after right than left hemisphere stroke (Bowen 1999). Cognitive dysfunction, such as neglect, can determine the outcome of rehabilitation by adversely affecting mobility, discharge destination, length of hospital stay, meal preparation and independence in self-care skills (Barer 1990; Bernspang 1987; Neistadt 1993). In the light of these functional implications, it is not surprising that the rehabilitation of neglect is an important aim in stroke rehabilitation.</p>	<p>The effectiveness of cognitive rehabilitation interventions for reducing the disabling effects of neglect and increasing independence remains unproven. As a consequence, no rehabilitation approach can be supported or refuted based on current evidence from RCTs. However, there is some very limited evidence that cognitive rehabilitation may have an immediate beneficial effect on tests of neglect. This emerging evidence justifies further clinical trials of cognitive rehabilitation for neglect. However, future studies need to have appropriate high quality methodological design and reporting, to examine persisting effects of treatment and to include an attention control comparator.</p>	<p>For the 2006 update of the review the primary outcome was defined as 'Ratings on measures of functional disability: activities of daily living (ADL) scales: Barthel Index (BI), Functional Independence Measure (FIM), Frenchay Activities Index (FAI), or neglect-specific ADL measures'</p>	<p>It is common to categorize neglect interventions as involving either bottom-up or top-down processing (Parton 2004). Top-down approaches aim to train the person to voluntarily compensate for their neglect and require awareness of the disorder. Methods include training in scanning and usually provide feedback (Pizzamiglio 2004). Top-down approaches focus on the level of disability rather than impairment. Bottom-up approaches do not require awareness of the disorder. They aim to modify underlying factors, i.e. to alter the impaired representation of space. Prism-wearing and prism adaptation training are popular recent examples of a bottom-up approach (Rossetti 1998). By wearing base-left wedge prisms in spectacles visual space is perturbed to the right making it more likely to be seen. Other examples of bottom-up processing approaches include eye patching and the use of devices to stimulate the neglected side. We included both bottom-up and top-down approaches and categorized each intervention within this framework.</p>	<p>We were interested in outcomes at two timepoints: (1) immediately after the end of an intervention, and (2) persisting beyond the end of intervention (i.e. follow-up outcome).</p> <p>Primary outcomes Neglect-Specific ADL Measures</p> <p>Secondary outcomes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Performance on standardised neglect assessments: target cancellation (single letter, double letter, line, shape), line bisection. Conventional subtest score (letter cancellation) the behavioral summary score from (BIT). 2. Discharge destination: discharged to live in their own home or to a care facility. 3. Balance: Berg balance scale, Functional Reach, Get up and go test, Standing Balance test, Step Test or other standardized balance measure. 4. Falls: number of reported falls, Falls Efficacy Scale. 5. Depression/anxiety: e.g. Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depressive Inventory, General Health Questionnaire, Geriatric Depression Scale. 6. Quality of life and social isolation: EQ5D (Health-related quality of life scale, Quality of Well Being scale, SF36). 7. Adverse events: (any reported adverse events, excluding falls).

Autor/ Ano/ País/ Base de Dados	Estudos	Objetivos	Metodologia	Participantes/Contexto
<p>das Nair R, Cogger H, Worthington E, Lincoln NB.</p> <p>2016</p> <p>Cochrane</p>	<p>Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke (Review)</p>	<p>To determine whether participants who have received cognitive rehabilitation for memory problems following a stroke have better outcomes than those given no treatment or a placebo control. The outcomes of interest were subjective and objective assessments of memory function, functional ability, mood, and quality of life. We considered the immediate and long-term outcomes of memory rehabilitation.</p>	<p>Systematic Review</p>	<p>We confined trials included in this review to those with people who had memory deficits following stroke (based on a clinical definition as defined by the trialists). Thus, we excluded trials that included participants whose memory deficits were the result of traumatic brain injury, brain tumor, multiple sclerosis, epilepsy, or any other neurological condition unless at least 75% of the sample had a stroke, or a stroke subgroup could be identified for which there were separate data, or such data could be obtained from the study authors. Memory deficits were not defined in advance, but we assumed that those patients given treatment for impaired memory had memory deficits. We placed no restrictions on the types of memory deficits participants reported</p>
<p>Conceitos centrais</p>	<p>Principais resultados</p>	<p>Instrumentos de avaliação cognitiva</p>	<p>Intervenções/Programa de reabilitação Cognitiva</p>	<p>Instrumentos de avaliação do programa/intervenções de reabilitação cognitiva</p>
<p>Memory impairment occurs after stroke (Lincoln 2012), and can persist over many years (Schaapsmeeders 2013). A systematic review of the prevalence of memory impairment after stroke estimated that between 23% and 55% have memory impairment three months after stroke and between 11% and 31% a year after stroke (Snaphaan 2007). A review of subjective cognitive complaints after stroke indicated that many stroke patients report problems with memory in daily life (van Rijsbergen 2014), and complaints about memory problems are more frequent than complaints about impairment in other cognitive domains (Lamb 2013). These cognitive impairments have been shown to have a negative effect on the patient's functional independence (Middleton 2014).</p>	<p>We identified insufficient high-quality evidence to reach any generalized conclusions about the effect of cognitive rehabilitation on executive function, or other secondary outcome measures. Further high-quality research comparing cognitive rehabilitation with no intervention, placebo or sensorimotor interventions is recommended.</p>	<p><u>Objective measures of memory:</u> immediately after treatment and long-term effects; including comprehensive batteries (Memory Test, Wechsler Memory Scale and verbal memory sub-tests (Rivermead Behavioural Memory Test, Wechsler Memory Scale) and verbal memory and sub tests (Rivermead Behavioural Memory Test, 15 words test, Rey Auditory Verbal Learning Test delayed, Claeson-Dahl delayed).</p>	<p>We included trials in which there was a comparison between a treatment group that received one of various memory rehabilitation strategies, and a control group that received either an alternative form of treatment or no memory intervention. We considered memory rehabilitation to be any attempt to modify memory function by means of 'drill and practice', or by the use of internal or external memory aids, or by teaching patients strategies to cope with their memory problems. We did not include drug studies. We considered memory rehabilitation that took place over more than a single session. Therefore, we did not consider laboratory-based experiments (such as single session list-recall or mnemonic strategy training) to be cognitive rehabilitation.</p>	<p>We summarized the outcomes under the domains of subjective memory, objective memory, functional abilities, mood, and quality of life. Objective measures of memory. Subjective measures of memory: long-term follow-up; Metamemory in Adulthood Questionnaire, Everyday Memory Questionnaire, Memory Questionnaire, Memory Assessments Clinics rating scale, Memory Functioning Questionnaire (frequency of forgetting-carer), Comprehensive Assessment of Prospective Memory self, and the Cognitive Failures Questionnaire. Participants' function in terms of ADL: immediately after treatment and long term follow up; The Functional Independence Measure, Extended Activities of Daily Living scale and an unspecified independence measure. Participants' mood: immediately after treatment and at long-term follow-up; General Health Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (depression sub-scale) and the Centre for Epidemiological Studies Depression scale. Participants' quality of life: immediately after treatment and at long term follow-up; assessed on the EQ-5D.</p>

Autor/ Ano/ País/ Base de Dados	Estudos	Objetivos	Metodologia	Participantes/Contexto
<p>Chung CSY, Pollock A, Campbell T, Durward BR, Hagen S.</p> <p>2013</p> <p>Cochrane</p>	<p>Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage (Review)</p>	<p>To determine the effects of cognitive rehabilitation on executive dysfunction for adults with stroke or other non-progressive acquired brain injuries.</p>	<p>Systematic Review</p>	<p>We included adults (aged 16 years and older) with executive dysfunction caused by stroke or other acquired non-progressive brain damage. Acquired brain damage includes brain injury, encephalitis, abscess and arteriovenous malformations. We excluded participants with progressive neurological conditions such as a primary diagnosis of dementia, space-occupying lesions and multiple sclerosis.</p>
Conceitos centrais	Principais resultados	Instrumentos de avaliação cognitiva	Intervenções/Programa de reabilitação Cognitiva	Instrumentos de avaliação do programa/intervenções de reabilitação cognitiva
<p>Executive functions are the controlling mechanisms of the brain and include the processes of planning, initiation, organization, inhibition, problem solving, self monitoring and error correction (Evans 2003). They are essential for goal-oriented behavior and responding to new and novel situations. These processes are executed through the mechanism of working memory where the cognitive processes of attention and memory are controlled by a central executive system (Baddeley 1974). As 75% of stroke survivors experience working memory impairment (Riepe 2003), they will also experience executive dysfunction as a consequence.</p> <p>Cognitive rehabilitation is a “systematic, functionally oriented service of therapeutic activities that is based on assessment and understanding of the patient’s brain-behavioral deficits” (Cicerone 2005). Executive function training is a component of cognitive rehabilitation that also includes attention and memory training. There are a variety of cognitive rehabilitation interventions that may be used in the rehabilitation of people with executive function problems. They can be divided into one or more of three broad categories. (1) Cognitive rehabilitation interventions, which are specifically targeted at improving components of executive function. (2) Cognitive rehabilitation interventions that compensate for executive function impairment. (3) Cognitive rehabilitation interventions that compensate for executive function impairment.</p>	<p>We identified insufficient high-quality evidence to reach any generalized conclusions about the effect of cognitive rehabilitation on executive function, or other secondary outcome measures. Further high-quality research comparing cognitive rehabilitation with no intervention, placebo or sensorimotor interventions is recommended.</p>	<p>The primary outcome is global executive function, and the secondary outcomes are components of executive function, functional ability in ADL, functional ability in extended ADL, participation in vocational activities, quality of life and social isolation, adverse events and death. We excluded studies without specific executive function outcomes as it would not have been possible to evaluate the intervention effectiveness of executive function.</p>	<p>They can be divided into one or more of three broad categories: (1) Methods are characterized by people working to improve the actual skill through improved awareness, performance opportunity and repetition. (2) Methods are characterized by the use of internal or external cognitive devices to compensate for fragmented or disorganized executive function processes, or to increase peoples’ awareness of their own performance to inform strategy formation. These are aimed towards people performing functional activities and activities of daily living (ADL) using their methods employed prior to brain injury or the self development of new methods. (3) Methods are characterized by the use of internal or external cognitive devices to compensate for attention, memory or sequencing impairment when applied to specific ADL training in alternative techniques for undertaking specific ADL including simplification, and environmental adaptation such as written cues within the house.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AAD: Assessment of Awareness of Disability • Adapted Nottingham Stroke Dressing Assessment • BADS: Behavioral Assessment of Dysexecutive Syndrome • Booklet Category Test • Category Test of the Halstead Reitan Neuropsychological Test Battery • Cognistat • Community Integration Questionnaire • COWAT: Controlled Oral Word Association Test • DEX: Dysexecutive Questionnaire • Digit Span Test • EOS: Executive Observation Scale • Everyday Descriptions Task • Functional Independence Measure • Grouping • Hayling and Brixton Tests • Key Search Tests for everyday problem solving • Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale • MEPSM • Metacomponential Interview • PASAT: Paced Auditory Serial Addition Test • Perceived Quality of Life Scale • Problem Solving Inventory • Problem Solving Questionnaire • Problem Solving Role Playing Test • Proof Reading • Raven’s Progressive Matrices • Room Layout • Six Elements Test for problem solving • Span board • SPSVM: Social Problem-Solving Video Measure • SRSI: Self Regulation Skills Interview • Stroop Test • Test of Planning • Tower of Hanoi • Tower of London • Trail Making Stroop • Trail Making Test and Test B • Treatment Goal Attainment • Wisconsin Card Sorting Test

Autor/ Ano/ País/ Base de Dados	Estudos	Objetivos	Metodologia	Participantes/Contexto
<p>Hickey A, Merriman NA, Bruen C, Mellon L, Bennett K, Williams D, Pender N, Doyle F</p> <p>2019</p> <p>Cochrane</p>	<p>Psychological interventions for managing cognitive impairment after stroke (Protocol)</p>	<p>- To determine the effects of each type of psychological intervention for cognitive impairment after stroke.</p> <p>- To compare the effects of the individual types of psychological intervention on post-stroke cognitive impairment.</p> <p>- To systematically explore the methods of cognitive assessment used in RCTs of post-stroke cognitive impairment.</p> <p>- Determining if psychological interventions are effective in: improving mood, ADL, instrumental activities of daily living (IADL), and QoL; and reducing the incidence of subsequent cardiovascular events (myocardial infarction or recurrent stroke, or both) and mortality, where data are available.</p>	<p>Protocol</p>	<p>We will include trials that include an adult population (aged 18 years and over) in which more than 75% of participants have a primary diagnosis of stroke (based on ICD-10 criteria), or separate data must be available from those with stroke in mixed aetiology studies, as in previous Cochrane Reviews (Bowen 2013; das Nair 2016; Loetscher 2013). We will include trials including participants with first stroke or recurrent stroke.</p>
Conceitos centrais	Principais resultados	Instrumentos de avaliação cognitiva	Intervenções/Programa de reabilitação Cognitiva	Instrumentos de avaliação do programa/intervenções de reabilitação cognitiva
<p>The sequelae of stroke include a range of physical deficits, typically contralateral to the side of the stroke and including physical disability and speech deficits that can profoundly impact on a patient's capacity to resume pre-stroke activities of daily living, with consequent negative implications for quality of life. Cognitive function and mood are also commonly impacted by stroke. Post-stroke cognitive deficits may be specific (e.g., hemispatial neglect) or global (e.g., deficits in concentration, memory, attention, learning, decision making, orientation and problem solving) (Hoffmann 2010), and can range in severity from mild to severe. Cognitive impairment can have a significant impact on quality of life (QoL) and activities of daily living (ADL) by reducing the degree of independence of the individual (Hoffmann 2010), and is associated with long-term mortality, morbidity and disability (Gaynor 2018; Patel 2002; Rohde 2019).</p>	<p>In development.</p>	<p>Measures of cognitive functioning: we will separate these into measures of global cognition using cognitive screening tools, such the MoCA (Nasreddine 2005); MMSE (Folstein 1975); AMT (Hodkinson 1972); and measures of global cognition using a composite measure based on a cognitive assessment battery, such as the National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) 30-minute or 60-minute battery of assessment (Hachinski 2006), or derived from all cognitive measures included in each trial (Bahar-Fuchs 2019).</p>	<p>Examples of eligible interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognitive rehabilitation: neuropsychological interventions, strategy training, goal management training, self-efficacy training. - Cognitive training: electronic interventions (e.g. use of iPads, tablets, computer programs); mobile phone applications, including brain training applications/games. - Psychological or behavioral interventions, or both, for managing cognitive impairment after stroke: psychosocial education interventions (video, books, leaflets, posters, videos, interactive modules); cognitive behavioral interventions, including problem-solving; behavioral interventions. 	<p>Secondary outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardized measures of domain-specific cognitive function (such as executive function, attention, processing speed, and memory) or subdomains thereof. • Mood, e.g. depression using the Centre for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale (Radloff 1977). • Metacognition, e.g. using the Metacognition Questionnaire 30 (MCQ-30) (Wells 2004). • ADL, e.g. using the modified Rankin Scale (mRS) (Sulter 1999). • IADL, e.g. using the Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL) scale (Nouri 1987). • QoL, ideally based on a stroke-specific measure, e.g. the Stroke-Specific Quality of Life scale (SSQOL) (Williams 1999), or generic QoL assessment measure (e.g. the Short Form-36 (SF36) (Bowling 1999). • Subsequent incidence of recurrent stroke, dementia, cardiovascular events (where follow-up is long-term). • Death (all-cause or cardiovascular specific).

ANEXO VII – ARTIGOS MOBILIZADOS NA FUNDAMENTAÇÃO
DO TRABALHO DE PROJETO

ANEXO VII – FICHAS DE LEITURA

Artigos	
<p data-bbox="215 397 474 620"><i>Treatment of mental slowness: How to evaluate treatment effects. A systematic review of outcome measures.</i></p> <p data-bbox="215 671 517 775">Winkens, I.; Heugten, C.; Fasotti, L. & Wade, D.</p> <p data-bbox="215 826 282 852">2011</p>	<p data-bbox="546 397 1966 544">FUNDAMENTAÇÃO: Reagir rapidamente perante as situações, é uma exigência da sociedade: durante a condução de veículos, ver filmes de ação ou com papéis complexos, reuniões, acompanhar e participar em conversas, ver televisão. Clientes com lesão cerebral sofrem uma alteração nestes processos cognitivos. 50%-70% dos clientes reconhecem esta situação como uma alteração/limitação.</p> <p data-bbox="546 555 1989 738">A lentificação dos processos mentais (<i>slow mental processes</i>) pode ser ultrapassada através de estratégias compensatórias que minimizam as incapacidades e a participação do indivíduo na vida diária. A avaliação das alterações ao nível do processamento mental, poderá ser feita através de: testes neuropsicológicos, questionários gerais que medem as alterações cognitivas, escalas que incidem sobre a funcionalidade da pessoa nas AVD, ou escalas que medem o impacto no dia-a-dia da pessoa.</p> <p data-bbox="546 750 2002 933">OBJETIVO: Identificar as escalas de medida que sejam mais relevantes para a pessoa com limitações cognitivas ao nível da velocidade de processamento cognitivo decorrente de lesão cerebral, que sejam centradas no desempenho das AVD, em vez, se focar no grau e tipo de incapacidade cognitiva. Identificar quais as estratégias de tratamento dos processos de lentificação dos processos mentais em função do impacto que estas alterações traduzem ao nível da funcionalidade no indivíduo e não do tipo de alteração cognitiva que lhe está associado.</p> <p data-bbox="546 944 2002 1326">RESULTADOS: As intervenções emergentes no estudo foi a utilização do <i>Time Pressure Management</i> é uma das estratégias compensatórias assente no controlo da informação e não no processamento de novas mensagens/informações provenientes de acontecimentos imprevisíveis. Esta técnica permite o aumento da consciencialização do cliente sobre os seus erros e da relação deste facto com a existência de uma situação de lentificação dos processos mentais/cognição. Trata-se de uma técnica que funciona numa perspetiva de antecipação dos eventos e do autocontrolo. Funciona com a redução da informação/excesso de mensagens inerentes a uma atividade, ou seja, da divisão de uma atividade em tarefas mais simples, e da repetição mental/verbalizada dos procedimentos relativos a essas mesmas tarefas, até o cliente atingir o domínio sobre as mesmas, possibilitando que este execute a atividade da globalidade/descreva a atividade na sua globalidade. Outro exemplo de concretização da intervenção, poderá ser interromper uma história e pedir ao cliente para repetir a informação essencial, realizando várias vezes o mesmo exercício.</p> <p data-bbox="546 1337 1989 1407">Quanto aos recursos de avaliação da situação cognitiva e dos resultados das intervenções implementadas, conclui-se que os meios de avaliação/medida referentes à performance do cliente nas AVD devem ser privilegiados, pois são mais</p>

	relevantes para o próprio cliente, dado que realçam o impacto que a lentificação dos processos mentais traduzem ao nível da sua funcionalidade.
<p><i>National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke</i></p> <p>Korner-Bitensky, N.; Barrett-Bernstein, S.; Bibas, G. & Poulin, V.</p> <p>2011</p>	<p>OBJETIVO: Examinar o modo como os terapeutas ocupacionais avaliam e intervêm perante situações de alteração cognitiva decorrente de AVC e os factores relacionados com a diversidade das práticas.</p> <p>CONCLUSÕES: A mobilização do teste Mini-Mental State Examination era frequentemente realizada de forma incorreta. As intervenções eram a maioria das vezes implementadas genericamente durante as atividades de vida diária e assentavam sobretudo na orientação do cliente confuso. Segundo The Canadian Stroke Strategy, as intervenções devem ser planeadas e implementadas com o objetivo específico da reabilitação cognitiva, como treinar a atenção e adoptar estratégias compensatórias, apesar do défice existente ao nível da produção de evidência científica nesta área.</p>
<p><i>Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists</i></p> <p>Koh, C.; Hoffmann, T.; Bennett, S. & McKenna, K.</p> <p>2009</p>	<p>As alterações cognitivas são um das consequências mais comuns no cliente que sofre u AVC.</p> <p>OBJETIVO: Investigar as abordagens dos terapeutas ocupacionais sobre os métodos de avaliação, intervenções e em que se baseiam para fundamentar a sua tomada de decisão.</p> <p>CONCLUSÃO: A abordagem é centrada no cliente (81,3%). Os instrumentos de avaliação mais recorrentes foram o Mini Mental State, the Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (45.1%), o Functional Independence Measure (57.8%), e o Assessment of Living Skills and Resources.(10.0%). Maioritariamente são utilizadas intervenções de nível funcional em detrimento de técnicas compensatórias direcionadas para a reabilitação cognitiva, nomeadamente, o recurso a alarme, diários, dispositivos electrónicos e exercícios com papel e caneta. Poucos participantes usam computadores especialmente designados para a reabilitação cognitiva. Verifica-se ainda uma elevada percentagem de participantes que fundamentam a sua prática na sua experiência passada e na opinião dos colegas, em detrimento de evidência científica proveniente da investigação.</p>
<p><i>Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of</i></p>	<p>FUNDAMENTAÇÃO: O estudo aborda a importância do cliente e família serem educados no sentido de serem capazes de transferir as aprendizagens e as competências desenvolvidas em contexto de programa de reabilitação, posteriormente, no seu domicílio, fazendo face a novas situações. Esta transferência de conhecimentos é considerada difícil por parte dos clientes. Foi utilizada uma abordagem denominada <i>Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)</i> que traduz uma estratégia de aquisição de competências através de um processo de interação através de um processo de</p>

<p><i>three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke</i></p> <p>McEwen, S.; Polatajko, H.; Huijbregts, M. & Ryan, J.</p> <p>2010</p>	<p>descoberta guiada. Trata-se de um método que incide sobre a resolução de problemas o que possibilita o cliente transpor autonomamente as competências apreendidas em novas situações futuras.</p> <p>METODOLOGIA: As sessões iniciam-se com o cliente a definir um objetivo para atingir, seguindo-se o planeamento sobre o processo para o atingir e depois experimenta se consegue ou não concluir. Caso o resultado não seja o desejado, o terapeuta guia o cliente na alteração do plano de intervenção. Durante estas sessões o terapeuta promove a generalização das competências e das estratégias implementadas</p> <p>O terapeuta deve adoptar uma postura de questionamento e não de dizer como fazer (“ask, don’t tell”), fornecendo pistas, informações e dando o <i>feedback</i> de modo a guiar o cliente no processo de descoberta de soluções. Os domínios das estratégias específicas podem ser classificados como: posicionamento do corpo, a atenção dirigida para tarefa, tarefas específicas ou tarefas modificadas, conhecimento suplementar sobre as tarefas, sentir o movimento, mnemónicas motoras-verbais ou auto-orientação verbal (Polatajko & Mandich, 2004). Neste ponto, o cliente poderá utilizar estas estratégias noutras situações, no sentido de encontrar uma solução para as resolver e atingir os seus objetivos. Por exemplo: reaprender a cortar um vegetal após o AVC utilizando uma faca sendo que a sua mão dominante se encontra limitada (objetivo) recorrendo a um conjunto de estratégias (planeamento recorrendo a planos potencialmente viáveis); a pessoa decide manter o punho direito enquanto corta (estratégia do posicionamento corporal) ou decide manter a lâmina da faca perpendicular à superfície de corte (estratégia desta tarefa específica) ou opta-se por dizer à pessoa que poderá empurrar para baixo a faca enquanto corta o legume (orientação verbal), ou para trocar de mão (estratégia de alteração da tarefa). As estratégias devem ser monitorizadas e avaliado o seu sucesso consoante o objetivo, tendo em conta que o objetivo pode ser alterado pelo próprio, por exemplo, desejar poder cortar os legumes em porções mais pequenas, pelo que o plano em implementação deixa de fazer sentido.</p> <p>CONCLUSÃO: O desenvolvimento de abordagens na área da reabilitação da pessoa com AVC que facilitem a transferência das competências para outras tarefas, é a chave para otimizar o alcance a longo-terminos dos resultados esperados. Ensinar estratégias baseadas na cognição sobre a resolução de problemas associado com o aumento da complexidade e da variedade das tarefas a que a pessoa é exposta, permite a reabilitação cognitiva. Este modelo de intervenção CO-OP é inovador com aparentes benefícios ao nível da performance motora e em capacidades funcionais não treinadas em adultos que vivem com os efeitos decorrentes do AVC. Contudo mantem-se a necessidade de efetuar estudos de investigação neste sentido.</p>
<p><i>Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps?</i></p> <p>Robison, J.; Wiles, R.; Ellis-Hill, C.;</p>	<p>OBJETIVO: Compreender o que facilita e influencia a satisfação do cliente relativamente a atividades de valor 12 meses após AVC.</p> <p>RESULTADOS: Os <i>outcomes</i> dos indivíduos são influenciados por aspetos físicos ou incapacidade cognitiva, fatores ambientais, a capacidade de adaptação dos próprios indivíduos, suporte de terceiros e a ajuda profissional. Logo após a alta hospitalar os clientes descrevem o impacto do AVC em termos físicos e incapacidades cognitivas com consequência ao nível funcional limitando a sua habilidade na participação em atividades de valor em várias esferas da sua vida. A perda de capacidade para conduzir tem um impacto significativo na vida das pessoas, devido a limitações físicas e/ou cognitivas,</p>

<p>McPherson, K.; Hyndman, D. & Ashburn, A.</p> <p>2009</p>	<p>sendo descrito pelos clientes como uma situação de perda de autonomia. Os clientes sentem-se lentificados, cansados, sensação de confusão o que dificulta a sua satisfação na realização de atividades, como ler ou ver um filme.</p> <p>CONCLUSÃO: Este estudo indica o papel da reabilitação a longo prazo como: identificar o significado das diferentes atividades; providenciar o acesso a suporte/ajuda e tratamento para sintomas debilitantes como a fadiga a confusão; intervir na adequação das respostas emocionais e comportamentais dos clientes às suas novas condições; trabalhar com as redes sociais mais alargadas que podem oferecer suporte ao cliente; suportar a adaptação a uma alteração do modo de vida.</p>
<p>A home programme for patients with cognitive dysfunction:A pilot study</p> <p>Pyun, S.; Yang, H.; Lee, S.; Yook, J.; Kwon, J. & Byun, E.</p> <p>2009</p>	<p>OBJETIVO: Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação cognitiva individualizado com duração de 12 meses.</p> <p>CONCLUSÃO: Demonstram uma melhoria na performance na realização das AVD, em cliente com alterações cognitivas e que pode ter benefícios/efeitos positivos na cognição avaliados através de escalas de avaliação cognitiva. Foram adoptadas duas estratégias de reabilitação cognitiva: de compensação e de aprendizagem, tendo os autores concluídos que é a adopção das duas abordagens de modo conjugado que torna o programa de reabilitação mais efetivo. Neste estudo, são também referidas outras intervenções com benefício ao nível da reabilitação cognitiva, nomeadamente: exercícios académicos (ex.: cálculo e leitura), treino assistido por computador, uso de ajudas externas, treino de competências comunicacionais, exercício físico e farmacoterapia.</p>

ANEXO VIII – BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DA REABILITAÇÃO
COGNITIVA SEGUNDO BOAKE (1991, 2003)

ANEXO VIII – BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DA REABILITAÇÃO COGNITIVA SEGUNDO BOAKE (1991, 2003)

O termo **reabilitação cognitiva** surgiu após a I Guerra Mundial, com a sobrevivência de soldados que sofreram importantes lesões cerebrais e para os quais foram desenvolvidas estratégias de tratamento para as sequelas neurológicas daí resultantes (Boake, *History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury*, 1991). Durante este período, a Alemanha e os Estados Unidos, evidenciam-se como os principais países com maiores contributos ao nível desta área de intervenção.

De entre as estratégias revolucionárias de origem Alemã, ressalvo a constituição de centros dedicados exclusivamente à reabilitação neuropsicológica, destacando-se, o centro dirigido pelo neurologista Kurt Goldstein, que instituiu um dos primeiros programas de reabilitação estruturados, com acompanhamento de profissionais de saúde, que realizavam avaliações (com recursos a testes/instrumentos de medida) regulares sobre os défices e as potencialidades dos clientes, adequando as estratégias de intervenção com foco na reabilitação das funções cognitivas; tudo isto, com o objetivo de tornar a pessoa apta a prosseguir com a sua vida futura e a integrar-se na sociedade. Goldstein concentrava a sua maior atenção nas alterações da linguagem, e leitura e da escrita (Boake, *Stages in the history of neuropsychological rehabilitation*, 2003); considerando que para estes casos, a terapia compensatória¹ era a que mais se adequava (Boake, *History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury*, 1991).

Quanto aos Estados Unidos, e segundo o mesmo autor (1991) pode-se considerar que os contributos para a área da reabilitação cognitiva não foram tão expressivos quanto a contribuição Alemã, pelo que esta área de intervenção foi sendo desenvolvida localmente ao nível dos hospitais e centros militares. Nestes, foi dado ênfase à prevenção de complicações psicológicas e à preparação dos indivíduos para regressarem ao trabalho, através da instituição de um plano de atividades diárias, à terapia ocupacional iniciada dentro do hospital e da continuidade no acompanhamento destes clientes na comunidade, os quais frequentavam

¹ Para Goldstein esta abordagem pressupunha o treino dos clientes através da adopção de diferentes estratégias na realização de tarefas ou na reaprendizagem de funções perdidas (Boake, *History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury*, 1991).

posteriormente, *workshops* de treino vocacional, também ligados às instituições hospitalares (Boake, 2003).

Durante a II Guerra Mundial ressurgiu o interesse sobre a reabilitação cognitiva, com o desenvolvimento de centros de reabilitação para lesões cerebrais nos Estados Unidos, União Soviética, Grã-Bretanha, entre outros (Boake, 1991). De modo sumário, e segundo o mesmo autor (1991), o que difere no panorama observado na I Guerra Mundial é o facto dos clientes com lesões cerebrais serem segregados para um centro especializado de reabilitação, cuja ideologia se aproximava da implementada pelos alemães na I Guerra Mundial. Tendo por base Boake (2003) este encaminhamento especializado de clientes com lesão cerebral, permitiu uma maior documentação dos programas de reabilitação cognitiva e dos resultados obtidos, contribuindo, determinantemente, para o corpo de conhecimentos dos diferentes domínios que compõe a área da reabilitação cognitiva, nomeadamente, o domínio da neuropsicologia, da reabilitação vocacional e das terapias dirigidas para a pessoa com alteração do discurso/linguagem.

Depreende-se pelo exposto, que as bases da reabilitação cognitiva assentam nestes dois períodos de guerra, onde pelas suas consequências catastróficas ao nível da funcionalidade dos seus atores, foi necessário desenvolver estratégias de intervenção minimizando este impacto no indivíduo, família e na sociedade. De facto, após a II Guerra Mundial, foi o AVC que deu o mote para a continuação do desenvolvimento de conhecimentos na área da reabilitação cognitiva.

ANEXO IX – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS
AO PADRÃO COGNITIVO-PERCETUAL

ANEXO IX – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO PADRÃO COGNITIVO-PERCETUAL

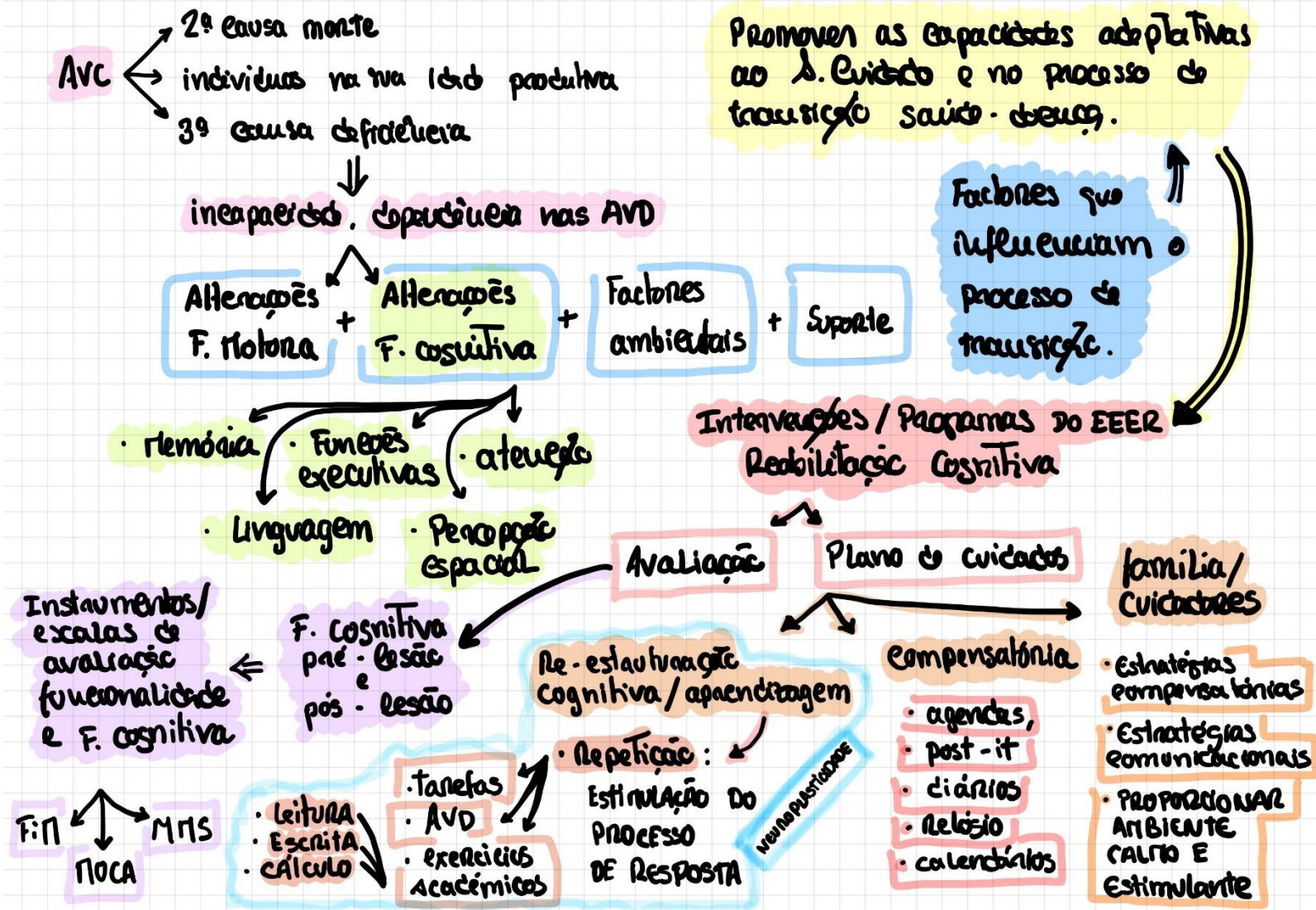
Diagnósticos de Enfermagem: Características Definidoras				
Diagnóstico de Enfermagem	Padrão de Saúde Funcional*	Definição	Características Definidoras	Diagnósticos Médicos Comuns/Preocupações
Distúrbios nos processos de pensamento	Padrão cognitivo-perceptual	Perturbação nas operações ou actividades cognitivas, em relação com o esperado para a idade cronológica	Dissonância cognitiva Défice/perda de memória Distúrbios na percepção/julgamento/tomada de decisões Distração fácil Comportamento inapropriado Compromisso do leque de atenção	Demência Doença de Alzheimer Doenças neurológicas, como tumores cerebrais, convulsões, AVC, esclerose múltipla Traumatismo craniano Lesões por anóxia/hipoxia Perturbações mentais Abuso de álcool e medicamentos Desequilíbrio hídrico e/ou electrolítico infecções (idosos)
Confusão crónica	Padrão cognitivo-perceptual	Deterioração irreversível progressiva ou crónica do intelecto e personalidade, caracterizado por diminuição da capacidade de interpretar estímulos ambientais e diminuição da capacidade para os processos de pensamento intelectual, e manifestado por distúrbios da memória, orientação e comportamento.	Desorientação quanto à pessoa, lugar ou tempo Evidência clínica de compromisso orgânico Interpretação ou resposta a estímulos alterada Compromisso cognitivo progressivo ou crónico Sem alterações no nível de consciência Compromisso da memória Personalidade alterada Socialização comprometida	Doença de Alzheimer Demência multi-enfarte AVC Traumatismo craniano Lesões de anóxia/hipoxia Esclerose múltipla
Distúrbios da memória	Padrão cognitivo-perceptual	Incapacidade de lembrar ou relembrar excertos de informação ou capacidades comportamentais	Problemas de memória (apenas) Esquecimento Dificuldade na aprendizagem de novas capacidades ou informação Incapacidade de realizar uma tarefa previamente aprendida Incapacidade em lembrar acontecimentos passados ou recentes Esquecimento de realizar um comportamento numa altura determinada	Lesões de hipoxia/anóxia Anemia Insuficiência cardíaca congestiva Distúrbios neurológicos como esclerose múltipla, doença de Alzheimer ligeira ou moderada, traumatismo craniano, demência, AVC Desequilíbrio hídrico e electrolítico Distúrbios ambientais excessivos Stresse/fadiga

Diagnósticos de Enfermagem: Características Definidoras				
Diagnóstico de Enfermagem	Padrão de Saúde Funcional*	Definição	Características Definidoras	Diagnósticos Médicos Comuns/Preocupações
Síndrome de interpretação ambiental comprometida	Padrão cognitivo-perceptual	Falta consistente de orientação quanto à pessoa, lugar, tempo, ou circunstâncias, durante mais de 3-6 meses, que necessite de ambiente protector	Desorientação consistente em ambientes conhecidos e desconhecidos por mais de 3-6 meses Estados confusionais crónicos Perda de funções ocupacionais ou sociais devido ao declínio de memória Incapacidade de seguir orientações simples Incapacidade de raciocinar Incapacidade para se concentrar Lento a responder a perguntas	Doença de Alzheimer Demência da SIDA Doença de Parkinson Doença de Huntington Depressão Alcoolismo Traumatismo craniano

Fonte: Hoeman (2011, p. 566)

ANEXO X – DIAGRAMA CONCEPTUAL

ANEXO X – DIAGRAMA CONCEPTUAL



ANEXO XI – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

ANEXO XI – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Objetivo Específico	1. Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar e o papel do EEER no processo de transição da pessoa com alteração cognitiva decorrente do AVC		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1. Descreve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D1.1. Detém uma consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional.</p>	<p>- Realização de visita prévia ao serviço, para apresentação do estudante à equipa, concretização da entrevista ao Enfermeira Chefe/Enfermeiro Orientador e para consulta de documentos relativos ao organigrama funcional dos locais de EC;</p> <p>- Consulta de documentação relevante, nomeadamente, protocolos, projetos, manuais/normas de procedimento e metodologia de registo relacionados com a prática de cuidados do EEER;</p> <p>- Análise da metodologia de registos do EEER, destacando os instrumentos de avaliação cognitiva utilizados, registo das intervenções/programas de reabilitação cognitiva implementados e métodos de avaliação da eficácia das intervenções/programas de reabilitação;</p> <p>- Observação da dinâmica e organização dos serviços e das respetivas equipas multidisciplinares;</p> <p>- Observação do percurso do cliente desde a sua admissão no serviço até ao momento da alta;</p> <p>- Realização de pesquisa e observação das formas de articulação com outros serviços/instituições/recursos comunitários prestadores de cuidados, que permitam a continuidade da implementação do programa de reabilitação (nomeadamente registos escritos, protocolos, reuniões, etc.), facilitadoras do processo de transição da pessoa com alteração cognitiva e reflexão sobre as mesmas;</p> <p>- Observação e colaboração nas intervenções de enfermagem na área da reabilitação desenvolvidas nos locais de EC;</p> <p>- Participação nas passagens de turno/reuniões de enfermagem e multidisciplinares e reflexão sobre o conteúdo das mesmas (constituição das equipas método de distribuição de trabalho, funções dos diferentes elementos);</p> <p>- Realização de reuniões/conversas informais com Enfermeiro chefe/Orientador;</p> <p>- Apresentação do projeto de formação à equipa de enfermagem/multidisciplinar e reflexão sobre o <i>feedback</i> obtido, considerando as questões a melhorar no projeto em conjunto com o Professor Orientador do Projeto.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Chefe, EEER, Enfermeiro Orientador, Professor Orientador do Projeto, equipa multidisciplinar.</p> <p>Físicos:</p> <p>- UNIDADE DE AVC e UCC</p> <p>Materiais:</p> <p>- Normas de serviço;</p> <p>- Manuais de procedimentos, protocolos e processos clínicos de enfermagem;</p> <p>- Os registos escritos/informatizados em uso no serviço;</p> <p>- Bibliografia variada;</p> <p>- Outros documentos.</p> <p>Temporais:</p> <p>- Agendar um dia (pelo menos) antes da data de início do período de estágio.</p> <p>- Primeira, segunda e terceira semana de estágio.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>- Realiza a visita prévia aos locais de estágio;</p> <p>- Realiza as entrevistas ao Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador;</p> <p>- Realiza a pesquisa e consulta dos documentos formais e normativos existentes no serviço referentes à prática de cuidados do EEER;</p> <p>- Descreve a organização e a dinâmica de funcionamento da equipa de uma forma clara e concisa, objetivos dos serviços, método de trabalho, constituição da equipa interdisciplinar, articulação com serviços/recursos da comunidade, tipologia de registos de enfermagem efetuados;</p> <p>- Conhece as atividades e projetos vigentes e em desenvolvimento no serviço e demonstra interesse na colaboração dos projetos relacionados com a área de intervenção do EEER;</p> <p>- Identifica o percurso do cliente admitido nos serviços;</p> <p>- Descreve as atividades desenvolvidas pelo EEER incluído numa equipa multidisciplinar, facilitadoras do processo de transição da pessoa com alteração cognitiva;</p> <p>- Participa nas passagens de turno e reuniões de enfermagem e multidisciplinares;</p> <p>- Apresenta o projeto de formação aos enfermeiros orientadores/equipa de enfermagem.</p> <p>Critérios:</p> <p>- Reflete sobre a metodologia utilizada e os resultados obtidos para atingir o objetivo específico definido, nomeadamente, a entrevista, a observação e a consulta de documentos;</p> <p>- Reflete acerca do papel do EEER no âmbito da equipa multidisciplinar.</p>

Objetivo Específico			
2. Aprofundar o conhecimento desenvolvido na área temática da reabilitação cognitiva da pessoa em processo de transição após o AVC, que sustente uma prática clínica especializada baseada na evidência científica mais recente.			
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade;</p> <p>B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria contínua da qualidade na prática;</p> <p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área de especialidade.</p>	<p>- Pesquisa de documentos científicos em bases de dados, consulta das referências da literatura relevantes citadas nos estudos científicos, incluindo também, normas de procedimento e autores de referência da área temática em estudo;</p> <p>- Elaboração de fichas de leitura sobre os documentos científicos relevantes relacionados com o tema do projeto de formação, reabilitação cognitiva e a experiência de transição da pessoa com AVC;</p> <p>- Análise e construção de conhecimentos teóricos, técnicos e científicos sobre reabilitação cognitiva e o AVC;</p> <p>- Identificação das necessidades formativas individuais e equipa de Enfermagem, em colaboração com o Orientador do local de EC;</p> <p>- Participação em momentos de formação pertinentes enquanto estudante de EEER;</p> <p>- Realização um poster sobre a área temática, para expor nos locais de Ensino Clínico e no serviço onde desempenho atualmente a minha atividade profissional;</p> <p>- Realização uma sessão de formação sobre a importância da reabilitação cognitiva no cliente com AVC na facilitação do processo de transição, com destaque para as possíveis estratégias de intervenção que revelam benefícios nesta área.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Chefe, EEER, Enfermeiro Orientador, Professor Orientador do Projeto, equipa multidisciplinar.</p> <p>Físicos:</p> <p>- UNIDADE DE AVC e UCC</p> <p>Materiais:</p> <p>- Bibliografia variada.</p> <p>- Recursos para realização do poster e da sessão e formação (ex.: computador).</p> <p>- Tecnologia para a apresentação em <i>power point</i> da sessão de formação (ex.: tela, computador).</p> <p>Temporais:</p> <p>- Da segunda semana de estágio até ao seu final.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>- Realiza pesquisa bibliográfica pertinente e de qualidade científica sobre o tema reabilitação cognitiva e AVC;</p> <p>- Elabora 1 ficha de leitura semanal;</p> <p>- Colabora com a equipa de enfermagem/multidisciplinar, nos projetos vigentes e em desenvolvimento no serviço, relacionados com a área de intervenção do EEER;</p> <p>- Elabora um poster;</p> <p>- Programa e concretiza uma sessão de formação para a equipa de enfermagem.</p> <p>Critérios:</p> <p>- Reflete sobre a metodologia utilizada e os resultados obtidos para atingir o objetivo específico definido, nomeadamente, a pesquisa de documentos científicos, elaboração de fichas de leitura, a participação em momentos de formação, o planeamento e execução de uma ação de formação e a elaboração de um poster.</p> <p>- Reflete sobre a importância da partilha do conhecimento, em contexto de formação em serviço, na atualização de conhecimentos e na fundamentação das práticas de enfermagem tendo por base a evidência científica mais recente.</p>

Objetivo Específico 3. Desenvolver competências na avaliação e identificação de alterações cognitivas decorrentes do AVC, com impacto na funcionalidade da pessoa em processo de transição.			
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A1.1.4. Identifica fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p>	<p>- Recolha preliminar de informação sobre a pessoa com AVC (realizada antes da entrevista, avaliação neurológica e aplicação de escalas), especificamente sobre o diagnóstico clínico, caracterização da lesão cerebral e alterações neurológicas expectáveis;</p> <p>- Realização do exame neurológico;</p> <p>- Avaliação neurológica da pessoa com AVC, com a identificação das alterações da função cognitiva, nomeadamente: atenção, execução, perceção espacial, memória e linguagem;</p> <p>- Aplicação de escalas e/ou instrumentos de medida para avaliação da funcionalidade (FIM) e funções cognitivas (MMSE e MoCA) da pessoa após o AVC;</p> <p>- Caracterização do processo de transição saúde-doença experienciado pela pessoa com alterações cognitivas decorrentes do AVC, analisando a perceção cliente quanto ao seu processo de transição, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • na identificação de mudanças/diferenças relacionadas com a cognição e o seu impacto na funcionalidade, • identificação dos fatores pessoais e sociais facilitadores e inibidores do processo de transição, • identificação de estratégias desenvolvidas pela pessoa com alterações da função cognitiva que facilitam o processo de transição; <p>- Inclusão da família/cuidadores na validação das necessidades;</p> <p>- Realização do registo dos dados obtidos, no processo clínico.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Chefe, EEER, Enfermeiro Orientador, Professor Orientador do Projeto, equipa multidisciplinar.</p> <p>Físicos:</p> <p>- UNIDADE DE AVC e UCC</p> <p>Materiais:</p> <p>- Registos escritos e escalas/instrumentos de medida da funcionalidade (ex. FIM, Barthel) e da capacidade cognitiva (ex. MMSE, MOCA), e em uso no serviço.</p> <p>- Bibliografia variada.</p> <p>Temporais:</p> <p>- Todas as semanas de estágio.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>- Recolhe informações sobre os clientes a quem presta cuidados de enfermagem e mobiliza o constructo teórico desenvolvido sobre o tema da reabilitação cognitiva da pessoa com AVC;</p> <p>- Procede à avaliação neurológica do cliente;</p> <p>- Identifica alterações da cognição e articula com as características da lesão cerebral;</p> <p>- Mobiliza escalas de avaliação em vigor na UNIDADE DE AVC e ECCI e fundamenta com evidência científica, a introdução de novas escalas adequadas à implementação intervenções promotoras da reabilitação cognitiva;</p> <p>- Promove a participação dos cuidadores no processo de cuidados;</p> <p>- Descreve a perceção do cliente quanto ao seu processo de transição;</p> <p>- Realiza o registo dos dados obtidos no processo clínico.</p> <p>Critérios:</p> <p>- Reflete sobre a metodologia utilizada e os resultados obtidos para atingir o objetivo específico definido, nomeadamente, a recolha preliminar de informação, a seleção e aplicação de escalas de avaliação, a caracterização da experiência de transição saúde-doença da pessoa com alterações cognitivas decorrentes do AVC.</p> <p>- Reflete sobre de que modo as atividades/estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a identificação das necessidades de cuidados especializados de reabilitação da pessoa com alterações da função cognitiva decorrente do AVC.</p> <p>- Desenvolve competências práticas na avaliação neurológica da pessoa com AVC, identificando as alterações cognitivas manifestadas pelo cliente.</p>

Objetivo Específico	4. Conceber planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que maximizem as funções cognitivas e que promovam a funcionalidade na realização das atividades de vida diária da pessoa em processo de transição por AVC.		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado;</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p>	<p>- Mobilização da informação recolhida a partir das atividades relativas à <i>Avaliação Inicial</i> da pessoa com alterações da função cognitiva, nomeadamente resultante: da recolha preliminar de informação, do exame neurológico, da aplicação de escalas de avaliação adequadas, da caracterização da experiência de transição, dos familiares/cuidadores;</p> <p>- Elaboração de planos de cuidados promotores da reabilitação cognitiva da pessoa com AVC, com base no conjunto de estratégias enunciadas na evidência científica como benéficas na reabilitação cognitiva, considerando as etapas de recuperação em que a pessoa se encontra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precoce (processos neurofisiológicos); • Tardia (estratégias de re-aprendizagem/compensação e reorganização); <p>- Definição de resultados esperados com a implementação do plano de cuidados, validados conjuntamente com o cliente/família, que permitirá a avaliação das intervenções implementadas e a discussão conjunta relativa à repercussão dos resultados obtidos na qualidade de vida do indivíduo;</p> <p>- Identificação e mobilização dos recursos existentes nos locais de Ensino Clínico para reabilitação cognitiva da pessoa com alteração cognitiva;</p> <p>- Desenvolvimento de recursos materiais inovadores e alternativos para os diferentes locais de Ensino Clínico promotores da reabilitação cognitiva;</p> <p>- Implementação das intervenções promotoras da reabilitação cognitiva fundamentadas no conceito de neuroplasticidade, que independentemente da etapa de recuperação, sejam baseadas numa estratégia centrada na estimulação da resposta ou do processo de resposta, através da repetição continuada da atividade cuja execução se encontra diretamente relacionada com o défice cognitivo previamente identificado;</p> <p>- Implementação de intervenções de compensação cognitiva: recurso a diários, alarmes, relógios, blocos de notas, computador, tablet, decomposição de atividades em tarefas simples e a sua repetição;</p> <p>- Implementação de intervenções de carácter de reestruturação/aprendizagem, como por exemplo, durante o treino das atividades de vida diária, através de uma estratégia de resolução de problemas, em que o enfermeiro orienta e suporta o cliente através do questionamento e fornecer <i>feedback</i> sobre os resultados obtidos;</p> <p>- Realização do registo das atividades desenvolvidas, no processo do cliente, apresentando também, um modelo de registo das atividades que compõe o plano de intervenção de reabilitação, que evidencia os dados iniciais recolhidos, estratégias/atividades implementadas e resultados esperados e os obtidos;</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Chefe, EEER, Enfermeiro Orientador, Professor Orientador do Projeto, equipa multidisciplinar.</p> <p>Físicos:</p> <p>- UNIDADE DE AVC e UCC</p> <p>Materiais:</p> <p>- Equipamento de estimulação/reabilitação cognitiva existente no serviço.</p> <p>- Registos escritos em uso no serviço.</p> <p>- Bibliografia variada.</p> <p>- Registos escritos e escalas/instrumentos de medida da funcionalidade e da capacidade cognitiva, em uso no serviço.</p> <p>Temporais:</p> <p>- Da segunda semana de estágio até ao seu final.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>- Integra a informação recolhida a partir das atividades relativas à <i>Avaliação Inicial</i> da pessoa com alterações da função cognitiva;</p> <p>- Elabora planos de intervenção promotores da reabilitação cognitiva do cliente com AVC;</p> <p>- Elabora e apresenta ao Orientador do Ensino Clínico e do Projeto, pelo menos 2 estudos de caso, com foco na reabilitação cognitiva e motora;</p> <p>- Concebe e implementa intervenções promotoras da reabilitação cognitiva fundamentadas no conceito de neuroplasticidade;</p> <p>- Identifica e mobiliza os recursos existentes nos locais de Ensino Clínico direcionados para a reabilitação cognitiva;</p> <p>- Desenvolve recursos materiais inovadores e alternativos promotores da reabilitação cognitiva;</p> <p>- Implementa estratégias de intervenção assentes numa abordagem de compensação e de reestruturação/aprendizagem cognitiva enquanto duas estratégias complementares;</p> <p>- Realiza o registo das atividades desenvolvidas no processo do cliente;</p> <p>- Avalia os resultados obtidos após a implementação do plano de cuidados, com recurso à repetição da aplicação das escalas de avaliação e também, dos indicadores processuais relativos ao processo de transição;</p> <p>- Ensino e demonstração de exercícios promotores da reabilitação cognitiva à pessoa e sua família/cuidadores, enquanto treino autónomo.</p> <p>Critérios:</p> <p>- Reflete sobre a metodologia utilizada e os resultados obtidos para atingir o objetivo específico definido, nomeadamente, compreensão e integração do conceito de neuroplasticidade na elaboração de planos de intervenção de enfermagem de reabilitação, identifica e adequa o plano de cuidados à etapa de recuperação em que o indivíduo se encontra,</p> <p>- Mobiliza eficazmente os recursos existentes;</p> <p>- Apresenta metodologia inovadora na área da reabilitação cognitiva, fundamentando a pertinência da sua escolha e eficácia;</p> <p>- Apresenta um modelo de registo das atividades que compõe o plano de intervenção de reabilitação, que evidencia os dados</p>

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

- Avaliação do plano de cuidados implementado, relativamente aos resultados obtidos, através da repetição da aplicação das escalas e instrumentos de medida utilizados no momento de *Avaliação Inicial* do cliente e dos indicadores processuais relativos ao processo de transição.

- Demonstração e treino de exercícios promotores da reabilitação cognitiva à pessoa e sua família/cuidadores, para serem implementados enquanto trabalho autónomo, assente no conceito da neuroplasticidade e no princípio reabilitação cognitiva de estimulação da resposta por meio da repetição da atividade.

iniciais recolhidos, estratégias/atividades implementadas e resultados esperados e os obtidos.

Objetivo Específico			
5. Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação à pessoa com alterações ao nível cardio-respiratório, sensorio-motor, alimentação e eliminação, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho e análise do processo de transição segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis.			
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área de especialidade;</p> <p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>- Avaliação da pessoa com alterações da funcionalidade, com recurso a instrumentos e escalas de avaliação (por exemplo, Escala de Ashworth, MIF, MMSE, GUSS);</p> <p>- Identificação de problemas de enfermagem com necessidade de implementação de plano de cuidados especializados de reabilitação para reeducação da função respiratória ou motora;</p> <p>- Elaboração de planos, seleção e prescrição à equipa de enfermagem de intervenções para reeducar a função respiratória e motora;</p> <p>- Implementação de planos de intervenção e de programas de reeducação funcional respiratória;</p> <p>- Monitorização da implementação e dos resultados dos programas de reeducação funcional respiratória e motora, mobilizando escalas/instrumentos de medida utilizados nos serviços de Ensino Clínico, enquanto indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>- Realização de ensino, demonstração e treino específicos das AVD à pessoa com alterações da função respiratória e/ou motora e à sua família/cuidadores;</p> <p>- Realização do registo das atividades desenvolvidas, no processo do cliente, apresentando também, um modelo de registo das atividades que compõe o plano de intervenção de reabilitação, que evidencia os dados iniciais recolhidos, estratégias/atividades implementadas e resultados esperados e os obtidos;</p> <p>- Identificação os fatores facilitadores e inibidores do processo de transição saúde-doença da pessoa que experiência uma situação de doença com impacto na sua funcionalidade;</p> <p>- Avaliação da perceção do cliente quanto ao seu processo e transição saúde-doença, nomeadamente, na identificação de mudanças/diferenças decorrentes do impacto da doença na sua funcionalidade;</p> <p>- Avaliação dos indicadores processuais do período de experiência de transição.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Chefe, EEER, Enfermeiro Orientador, Professor Orientador do Projeto, equipa multidisciplinar.</p> <p>Físicos:</p> <p>- UNIDADE DE AVC e UCC</p> <p>Materiais:</p> <p>- Registos escritos em uso no serviço.</p> <p>- Bibliografia variada.</p> <p>- Dispositivos de ajuda de limpeza das secreções.</p> <p>- Uso de materiais disponíveis no serviço para a reeducação funcional respiratória.</p> <p>Temporais:</p> <p>- Todas as semanas de estágio.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações da função respiratória e motora que determinam limitações da atividade e incapacidade.</p> <p>- Concebe e implementa planos de intervenção que promovem a reeducação funcional respiratória e motora do cliente;</p> <p>- Avalia os resultados das intervenções e programas de reeducação implementados;</p> <p>- Realiza o ensino, demonstração e treino das AVD à pessoa e sua família/cuidadores;</p> <p>- Regista os cuidados prestados no processo clínico;</p> <p>- Identifica os fatores facilitadores e inibidores do processo de transição saúde-doença.</p> <p>- Avalia a perceção do cliente quanto ao processo de transição que está a experienciar.</p> <p>- Avalia os indicadores processuais do período de experiência de transição;</p> <p>- Elabora, apresenta e discute com o Orientador do Ensino Clínico e do Projeto, pelo menos 1 estudo de caso com foco na reeducação funcional respiratória.</p> <p>Critérios:</p> <p>- Identifica as alterações da função respiratória e motora.</p> <p>- Reflete sobre o papel do EEER na reeducação da função respiratória e motora do cliente;</p> <p>- Reflete sobre o impacto da patologia respiratória e motora no processo de transição da pessoa;</p> <p>- Reflete sobre o decurso da experiência de transição do cliente em ambos os contextos de Ensino Clínico.</p>

Objetivo Específico	6. Analisar o processo de aquisição de competências do EEER realizado durante o planeamento e execução do Projeto de Estágio.		
Domínios e Competências	Atividades	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área de especialidade.</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade.</p>	<p>- Observação participante das intervenções desenvolvidas pela equipa multidisciplinar na facilitação do processo de transição do cliente com alteração da função cognitiva;</p> <p>- Elaboração de jornais de aprendizagem periodicamente, para reflexão e análise contínua do meu processo de aquisição de competências do EEER, pelo menos 1 por semana;</p> <p>- Reflexão e análise sobre a minha prática de cuidados em conjunto com os Orientadores do Ensino Clínico semanalmente;</p> <p>- Realização de reuniões de tutoria com o Professor Orientador do Projeto;</p> <p>- Pesquisa de documentos científicos em bases de dados, consulta das referências da literatura relevantes citadas nos estudos científicos, incluindo também, normas de procedimento e autores de referência da área temática em estudo, procurando adquirir novos conhecimentos para uma prática de cuidados especializada;</p> <p>- Redação do Projeto de Estágio.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- Enfermeiro Chefe, EEER, Enfermeiro Orientador, Professor Orientador do Projeto, equipa multidisciplinar.</p> <p>Físicos:</p> <p>- UNIDADE DE AVC e UCC</p> <p>Materiais:</p> <p>- Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista;</p> <p>- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação;</p> <p>- Normas de serviço;</p> <p>- Manuais de procedimentos, protocolos e processos clínicos de enfermagem;</p> <p>- Os registos escritos/informatizados em uso no serviço;</p> <p>- Bibliografia variada;</p> <p>- Outros documentos.</p> <p>Temporais:</p> <p>- Todas as semanas de estágio.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>- Ter mantido uma prática clínica ética e deontológica no decorrer dos Ensinos Clínicos, respeitando a pessoa e sua família, na sua individualidade, valores e crenças;</p> <p>- Ter mobilizado os conhecimentos adquiridos em pesquisas e na prática reflexiva, na melhoria contínua do desempenho na prestação de cuidados especializados;</p> <p>- Ter participado nos processos de tomada de decisão em equipa;</p> <p>- Ter produzido um jornal de aprendizagem por semana;</p> <p>Critérios:</p> <p>- Reflete sobre a metodologia utilizada e os resultados obtidos para atingir o objetivo específico definido, nomeadamente, a elaboração dos jornais de aprendizagem, a pesquisa, os momentos de reflexão conjunta com o Orientador do Ensino Clínico e Professor Orientador do Projeto.</p>

ANEXO XII – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ANEXO XII – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

	Anos		2020										2021								
	Meses		Nov.	Dezembro					Janeiro					Fevereiro				Março			
	Semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	Dias		23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	
		29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28		
Locais de Ensino Clínico		UCV										UCC									
Objetivos Específicos	1. Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar, identificando e refletindo sobre as intervenções e o papel do EEER no processo de transição da pessoa com alteração cognitiva decorrente do AVC.																				
	2. Aprofundar e partilhar o conhecimento desenvolvido na área temática da reabilitação cognitiva da pessoa em processo de transição após o AVC, que sustente uma prática clínica especializada baseada na evidência científica mais recente.																				
	3. Desenvolver competências sobre a avaliação e identificação de alterações cognitivas decorrentes do AVC, analisando o seu impacto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa em processo de transição.																				
	4. Conceber e implementar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação que maximizem as funções cognitivas e que promovam a funcionalidade na realização das suas atividades de vida diária e a sua qualidade de vida.																				
	5. Prestar Cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação à pessoa com alterações ao nível cardio-respiratório, sensorio-motor, alimentação e eliminação, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho e análise do processo de transição segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis.																				
	6. Refletir e analisar o processo de aquisição de competências do EEER realizado durante o planeamento e execução do Projeto de Estágio.																				

ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO AVC

ANEXO II – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DO AVC

TABLE 1	Cerebrovascular Disease Categories and Definitions (Selected) in the ICD-11
	STROKE
	Cerebral ischemic stroke
	<i>Definition:</i> acute focal neurological dysfunction caused by focal infarction at single or multiple sites of the brain or retina. Evidence of acute infarction may come either from a) symptom duration lasting more than 24 hours b) neuroimaging or other technique in the clinically relevant area of the brain
	Intracerebral hemorrhage
	<i>Definition:</i> acute neurological dysfunction caused by hemorrhage within the brain parenchyma or in the ventricular system
	Subarachnoid hemorrhage
	<i>Definition:</i> acute neurological dysfunction caused by subarachnoid hemorrhage
	Stroke not known if ischemic or hemorrhagic
	<i>Definition:</i> acute focal neurological dysfunction lasting more than 24 hours (or lead to death in less than 24 hours), but subtype of stroke (ischemic or hemorrhagic) has not been determined by neuroimaging or other techniques
TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK*	
<i>Definition:</i> a transient episode of focal neurological dysfunction caused by focal brain or retinal ischemia without acute infarction in the clinically relevant area of the brain or retina. Symptoms should resolve completely within 24 hours.	
CEREBROVASCULAR DISEASE WITH NO ACUTE CEREBRAL SYMPTOM*	
<ul style="list-style-type: none">• Silent cerebral infarct (defined as an infarct demonstrated on neuroimaging or at autopsy that has not caused acute dysfunction of the brain)• Silent cerebral microbleed• Silent cerebral macrobleed• Silent white matter abnormalities associated with vascular disease (defined as abnormalities in the cerebral white matter of proven or assumed vascular origin)	
<small>* Categories not classified as "stroke"</small>	

Fonte: Norrving, B., Leys, D., Brainin, M., & Davis, S. (2018 Novembro) Stroke Definition in the ICD-11 at the WHO. *World Neurology*. 28(4), 3. Acedido em 20/10/2020. Disponível em: https://worldneurologyonline.com/wp-content/uploads/2013/11/WFNnov13_Final.pdf

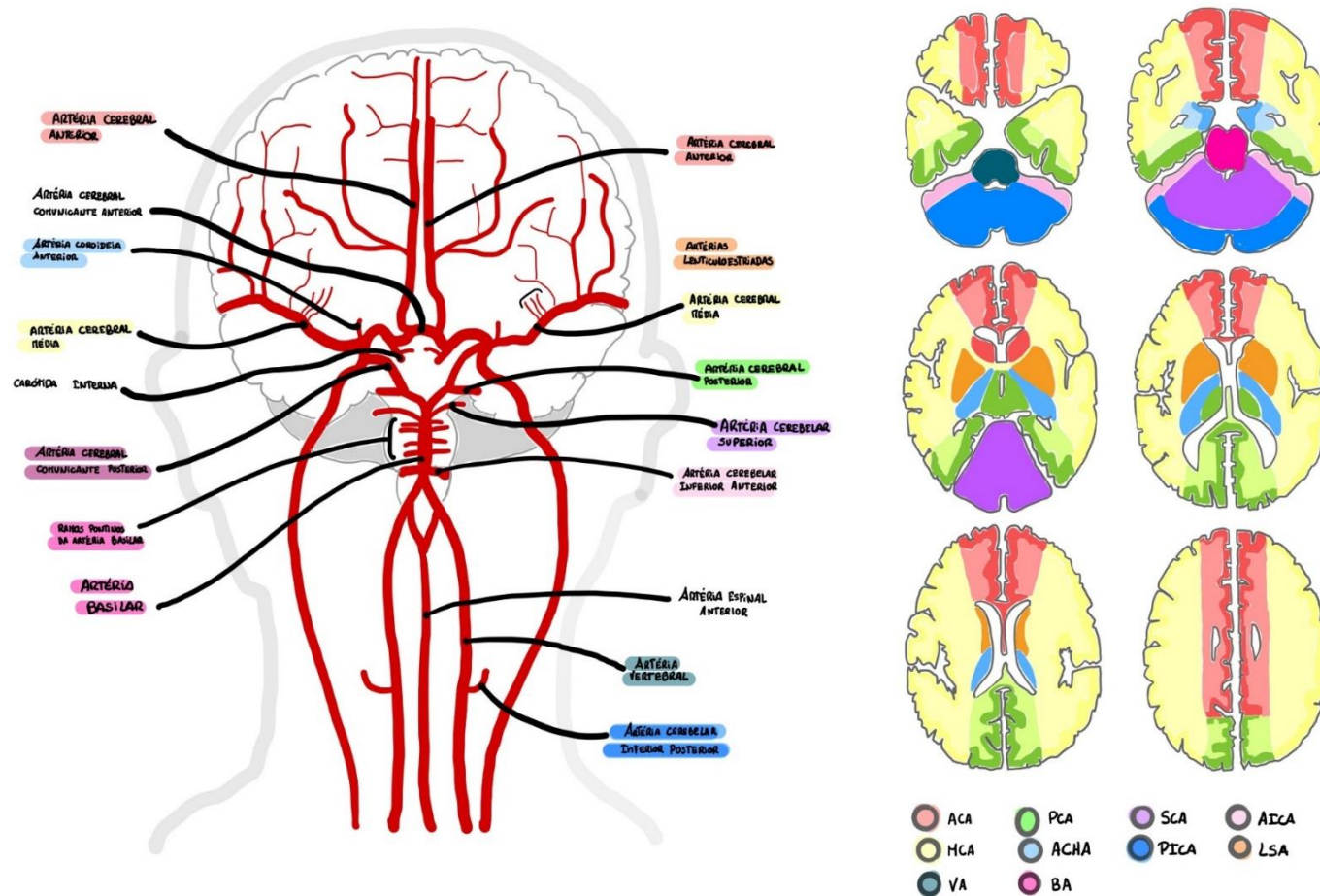
ANEXO III – LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DAS LESÕES CEREBRAIS
NO AVC SEGUNDO Hawser (2004)

ANEXO III – LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DAS LESÕES CEREBRAIS NO AVC SEGUNDO HAWSER (2004)

Sinans e sintomas	Estruturas envolvidas
HEMISFÉRIO CEREBRAL, FACE EXTERNA (ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA)	
Hemiparesia Défice hemissensorial Afasia motora (de Broca) – fala hesitante com dificuldade em encontrar as palavras e compreensão preservada Afasia central (de Wernicke) – anomia, má compreensão, fala jargão Negligência unilateral, apraxias Hemianopsia ou quadrantanopsia homônima Olhar preferencial com olhos desviados para o lado da lesão	Córtex motor parietal e frontal contralateral Córtex somatossensorial contralateral Área motora da linguagem, lobo frontal dominante Central, área perissilvica, hemisfério dominante Lobo parietal não dominante Radiação óptica no lobo parietal inferior ou temporal «Centro» para o olhar lateral (lobo frontal)
HEMISFÉRIO CEREBRAL, FACE INTERNA (A. CEREBRAL ANTERIOR)	
Paralisia do pé e da perna, com ou sem parésia do braço Perda sensorial cortical na perna Reflexos de preensão e sucção Incontinência urinária Apraxia da marcha	Área da perna com ou sem área do braço no córtex motor contralateral Área do pé e da perna no córtex sensorial contralateral Lobo frontal posterior interno Área sensoriomotora, lóbulo paracentral Córtex frontais
HEMISFÉRIO CEREBRAL, FACE INFERIOR (A. CEREBRAL POSTERIOR)	
Hemianopsia homônima Cegueira cortical Défice de memória Perda sensorial densa dor espontânea, disestesias, coreoatetose	Córtex occipital calcarino Lobos occipitais, bilateralmente Hipocampo, bilateralmente ou dominante Tálamo e subtálamo
TRONCO CEREBRAL, MESENCÉFALO (A. CEREBRAL POSTERIOR)	
Paralisia do III nervo craniano e hemiplegia contralateral Paralisia/paresia do movimento ocular vertical Nistagmo de convergência, desorientação	III nervo craniano e pedúnculo cerebral (síndrome de Weber) Fibras supranucleares para o III nervo craniano Extremidade superior do mesencéfalo, periaqueduto
TRONCO CEREBRAL, JUNÇÃO PONTOBULBAR (A. BASILAR)	
Paralisia facial Paresia da abdução do olho Paresia do olhar conjugado Défice sensorial hemifacial Síndrome de Horner Sensação térmica e dolorosa diminuída em metade do corpo (com ou sem a face) Ataxia	«Centro» do olhar lateral, homolateral Feixe e núcleo do V nervo, homolateral Vias simpáticas descendentes Feixe espinhotalâmico, contralateral Pedúnculo cerebeloso médio e cerebelo
TRONCO CEREBRAL, BULBO LATERAL (A. VERTEBRAL)	
Vertigem, nistagmo Síndrome de Horner (miose, ptose, sudação diminuída) Ataxia, queda para o lado da lesão Sensação térmica e dolorosa insuficiente em metade do corpo, com ou sem a face	Núcleo vestibular Fibras simpáticas descendentes, homolateral Hemisfério ou fibras do cerebelo Feixe espinhotalâmico contralateral

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

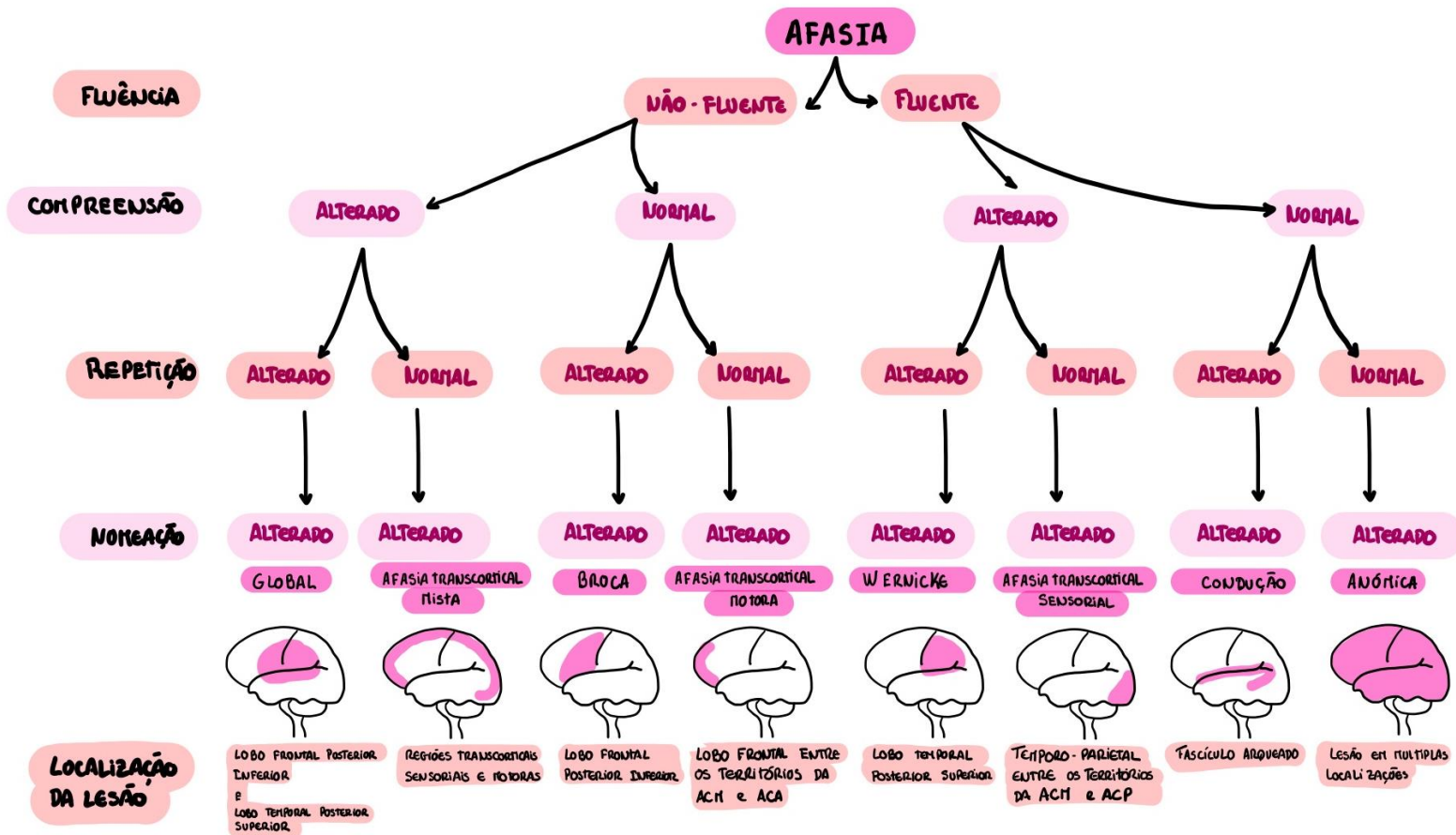
SISTEMA VASCULAR CEREBRAL E TERRITÓRIOS VASCULARES



Fonte: Adaptado de (1) Nucleos Medical Media Inc (2001). Anatomy of the Cerebral Vasculature [Imagem]. Alamy. Acessível em: <https://www.alamy.com/anatomy-of-the-cerebral-vasculature-image7710057.html> || (2) Smithuis, R. (2008). Vascular territories. *Radiology Assistant*. Acessível em: <https://radiologyassistant.nl/neuroradiology/brain-ischemia/vascular-territories> || (3) Cohan, R. (2019). Clinical Exam: Neurological Examination and Stroke Localization. *Strokesciences*. Acessível em: <https://strokesciences.com/stroke-vascular-territories-and-individual-variabilities-in-collateral-circulation/>

ANEXO IV – ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM: AFASIA

ANEXO IV – ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM: AFASIA



Fonte: Hui, A. (2015) Classification of Aphasia. *Toronto Notes 2015 – Neuroanatomy*. Acessível em: <http://www.ashleyhui.com/projects#/toronto-notes/>

ANEXO V – BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DA REABILITAÇÃO
COGNITIVA SEGUNDO BOAKE (1991, 2003)

ANEXO V – BREVE RESUMO SOBRE A HISTÓRIA DA REABILITAÇÃO COGNITIVA SEGUNDO BOAKE (1991, 2003)

O termo **reabilitação cognitiva** surgiu após a I Guerra Mundial, com a sobrevivência de soldados que sofreram importantes lesões cerebrais e para os quais foram desenvolvidas estratégias de tratamento para as sequelas neurológicas daí resultantes (Boake, *History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury*, 1991). Durante este período, a Alemanha e os Estados Unidos, evidenciam-se como os principais países com maiores contributos ao nível desta área de intervenção.

De entre as estratégias revolucionárias de origem Alemã, ressalvo a constituição de centros dedicados exclusivamente à reabilitação neuropsicológica, destacando-se, o centro dirigido pelo neurologista Kurt Goldstein, que instituiu um dos primeiros programas de reabilitação estruturados, com acompanhamento de profissionais de saúde, que realizavam avaliações (com recursos a testes/instrumentos de medida) regulares sobre os défices e as potencialidades dos clientes, adequando as estratégias de intervenção com foco na reabilitação das funções cognitivas; tudo isto, com o objetivo de tornar a pessoa apta a prosseguir com a sua vida futura e a integrar-se na sociedade. Goldstein concentrava a sua maior atenção nas alterações da linguagem, e leitura e da escrita (Boake, *Stages in the history of neuropsychological rehabilitation*, 2003); considerando que para estes casos, a terapia compensatória² era a que mais se adequava (Boake, *History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury*, 1991).

Quanto aos Estados Unidos, e segundo o mesmo autor (1991) pode-se considerar que os contributos para a área da reabilitação cognitiva não foram tão expressivos quanto a contribuição Alemã, pelo que esta área de intervenção foi sendo desenvolvida localmente ao nível dos hospitais e centros militares. Nestes, foi dado ênfase à prevenção de complicações psicológicas e à preparação dos indivíduos para regressarem ao trabalho, através da instituição de um plano de atividades diárias, à terapia ocupacional iniciada dentro do hospital e da continuidade no acompanhamento destes clientes na comunidade, os quais frequentavam

² Para Goldstein esta abordagem pressupunha o treino dos clientes através da adopção de diferentes estratégias na realização de tarefas ou na reaprendizagem de funções perdidas (Boake, *History Cognitive Rehabilitation Following Head Injury*, 1991).

posteriormente, *workshops* de treino vocacional, também ligados às instituições hospitalares (Boake, 2003).

Durante a II Guerra Mundial ressurgiu o interesse sobre a reabilitação cognitiva, com o desenvolvimento de centros de reabilitação para lesões cerebrais nos Estados Unidos, União Soviética, Grã-Bretanha, entre outros (Boake, 1991). De modo sumário, e segundo o mesmo autor (1991), o que difere no panorama observado na I Guerra Mundial é o facto dos clientes com lesões cerebrais serem segregados para um centro especializado de reabilitação, cuja ideologia se aproximava da implementada pelos alemães na I Guerra Mundial. Tendo por base Boake (2003) este encaminhamento especializado de clientes com lesão cerebral, permitiu uma maior documentação dos programas de reabilitação cognitiva e dos resultados obtidos, contribuindo, determinantemente, para o corpo de conhecimentos dos diferentes domínios que compõe a área da reabilitação cognitiva, nomeadamente, o domínio da neuropsicologia, da reabilitação vocacional e das terapias dirigidas para a pessoa com alteração do discurso/linguagem.

Depreende-se pelo exposto, que as bases da reabilitação cognitiva assentam nestes dois períodos de guerra, onde pelas suas consequências catastróficas ao nível da funcionalidade dos seus atores, foi necessário desenvolver estratégias de intervenção minimizando este impacto no indivíduo, família e na sociedade. De facto, após a II Guerra Mundial, foi o AVC que deu o mote para a continuação do desenvolvimento de conhecimentos na área da reabilitação cognitiva.

ANEXO VI – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS
AO PADRÃO COGNITIVO-PERCETUAL

ANEXO VI – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS AO PADRÃO COGNITIVO-PERCETUAL

Diagnósticos de Enfermagem: Características Definidoras				
Diagnóstico de Enfermagem	Padrão de Saúde Funcional*	Definição	Características Definidoras	Diagnósticos Médicos Comuns/Preocupações
Distúrbios nos processos de pensamento	Padrão cognitivo-perceptual	Perturbação nas operações ou actividades cognitivas, em relação com o esperado para a idade cronológica	Dissonância cognitiva Défice/perda de memória Distúrbios na percepção/julgamento/tomada de decisões Distração fácil Comportamento inapropriado Compromisso do leque de atenção	Demência Doença de Alzheimer Doenças neurológicas, como tumores cerebrais, convulsões, AVC, esclerose múltipla Traumatismo craniano Lesões por anóxia/hipoxia Perturbações mentais Abuso de álcool e medicamentos Desequilíbrio hídrico e/ou electrolítico infecções (idosos)
Confusão crónica	Padrão cognitivo-perceptual	Deterioração irreversível progressiva ou crónica do intelecto e personalidade, caracterizado por diminuição da capacidade de interpretar estímulos ambientais e diminuição da capacidade para os processos de pensamento intelectual, e manifestado por distúrbios da memória, orientação e comportamento.	Desorientação quanto à pessoa, lugar ou tempo Evidência clínica de compromisso orgânico Interpretação ou resposta a estímulos alterada Compromisso cognitivo progressivo ou crónico Sem alterações no nível de consciência Compromisso da memória Personalidade alterada Socialização comprometida	Doença de Alzheimer Demência multi-enfarte AVC Traumatismo craniano Lesões de anóxia/hipoxia Esclerose múltipla
Distúrbios da memória	Padrão cognitivo-perceptual	Incapacidade de lembrar ou relembrar excertos de informação ou capacidades comportamentais	Problemas de memória (apenas) Esquecimento Dificuldade na aprendizagem de novas capacidades ou informação Incapacidade de realizar uma tarefa previamente aprendida Incapacidade em lembrar acontecimentos passados ou recentes Esquecimento de realizar um comportamento numa altura determinada	Lesões de hipoxia/anóxia Anemia Insuficiência cardíaca congestiva Distúrbios neurológicos como esclerose múltipla, doença de Alzheimer ligeira ou moderada, traumatismo craniano, demência, AVC Desequilíbrio hídrico e electrolítico Distúrbios ambientais excessivos Stresse/fadiga

Diagnósticos de Enfermagem: Características Definidoras				
Diagnóstico de Enfermagem	Padrão de Saúde Funcional*	Definição	Características Definidoras	Diagnósticos Médicos Comuns/Preocupações
Síndrome de interpretação ambiental comprometida	Padrão cognitivo-perceptual	Falta consistente de orientação quanto à pessoa, lugar, tempo, ou circunstâncias, durante mais de 3-6 meses, que necessite de ambiente protector	Desorientação consistente em ambientes conhecidos e desconhecidos por mais de 3-6 meses Estados confusionais crónicos Perda de funções ocupacionais ou sociais devido ao declínio de memória Incapacidade de seguir orientações simples Incapacidade de raciocinar Incapacidade para se concentrar Lento a responder a perguntas	Doença de Alzheimer Demência da SIDA Doença de Parkinson Doença de Huntington Depressão Alcoolismo Traumatismo craniano

Fonte: Hoeman (2011, p. 566)

ANEXO VII – GUIÃO DE ENTREVISTA E DE OBSERVAÇÃO

**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM - AREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Opção II – Projeto de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com
alteração cognitiva decorrente do AVC**

Guião de Entrevista

Locais de Ensino Clínico: ECCL & Unidade de AVC

Ana Patrícia Chastres Nunes

Regente: Professor Doutor Miguel Serra

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa

2020

O presente guião de entrevista visa (1) conhecer os aspetos gerais de funcionamento e organização do contexto clínico, (2) identificar as características e as necessidades gerais da população que intervém, e (3) compreender o papel que o EEER desempenha junto da equipa multidisciplinar e da comunidade/famílias. Estes objetivos são fundamentais para adequar o Projeto Final de Intervenção Clínica aos recursos e às características do contexto do campo de estágio em que este se irá desenvolver e concretizar.

Considerando as condições previstas para a realização da entrevista, assim como, da atividade de recolha de dados por via da observação e dos objetivos descritos anteriormente, optou-se pela elaboração deste documento sob uma metodologia semi-estruturada composto sobretudo por tópicos, conferindo uma abertura para a exploração de outras temáticas/perguntas que possam contribuir para o projeto em elaboração. Os pontos 1,2 e 3 prevêem-se que a obtenção da informação poderá ser por consulta de documentação e observação, apenas se necessário serão esclarecidas dúvidas com a Orientadora do Ensino Clínico/Enf.^a Chefe. Por outro lado, os pontos 4 e 5, são direcionados para a entrevista com os elementos mencionados, e constituem-se como tópicos orientadores na condução da entrevista.

Entrevista ao Enfermeiro Chefe/ Enfermeiro Especialista

6. Caracterização do serviço:

- 6.1. Missão;
- 6.2. Espaço físico;
- 6.3. Horário de funcionamento, visitas, e outros serviços relevantes;
- 6.4. Documentação de integração e normas de procedimentos;
- 6.5. Articulação com outros serviços/programas/entidades prestadoras de cuidados;
- 6.6. Área de abrangência;
- 6.7. Materiais de apoio.

7. Caracterização da população alvo de cuidados:

- 7.1. Referenciação dos doentes/famílias na instituição;
- 7.2. Critérios de admissão, processo de planeamento e efetivação alta;

- 7.3. Diagnósticos de enfermagem/necessidades mais comuns/prevalentes na população.
Nomeadamente, aquelas que são sensíveis à intervenção do enfermeiro de reabilitação;
- 7.4. Patologias/situação clínica mais frequentes;
- 7.5. Tempo médio de internamento/assistência no domicílio;
- 7.6. Aspetos sócio-demográficos: espectro de idades, suporte familiar, condições habitacionais.

8. Recursos Humanos

- 8.1. Número de enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas de reabilitação, enfermeiros especialistas de outras áreas;
- 8.2. Constituição da equipa multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, assistentes operacionais);
- 8.3. Filosofia de cuidados de enfermagem/método de trabalho no serviço (enfermeiro responsável, enfermeiro de referência, centrado no cuidado ao doente e/ou família);
- 8.4. Funções do enfermeiro especialista de reabilitação no serviço/programa de intervenção (chefia/coordenação/prestação de cuidados gerais e/ou reabilitação).
- 8.5. Em função do número de enfermeiros especialistas de reabilitação, como é organizada e gerida a sua presença pelos vários turnos de trabalho?

9. Intervenção do Especialista de Reabilitação: avaliação, planeamento, implementação, avaliação e continuidade dos cuidados:

- 9.1. Quais os intervenientes no planeamento do programa de reabilitação para aquele doente/família?
- 9.2. Documentação do processo de cuidados, ou seja, que instrumentos de registo são utilizados para o registo dos cuidados do ER? Em que plataforma (papel/informático)? Se os registos refletem a intervenção e os resultados obtidos resultante dessa mesma intervenção? A utilização de escalas e quais?
- 9.3. Como se processa o planeamento da alta e a continuidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação? Que recursos utilizam? Envolvimento dos familiares.
- 9.4. Necessidades mais comuns que emergem da população alvo de cuidados sensíveis à intervenção do enfermeiro de reabilitação;
- 9.5. Como se articula o enfermeiro especialista de reabilitação com a restante equipa multidisciplinar e com os recursos na comunidade?

9.6. Que recursos materiais estão ao dispor do enfermeiro de reabilitação? (É identificada a necessidade de outros recursos?);

9.7. Relativamente à capacitação do doente/família para o momento da alta, em que domínio do autocuidado é fundamental a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação? Em contexto hospitalar/domiciliário, quais as preocupações de maior relevância são expressas pelo doente/família?

10. Projetos desenvolvidos ou em desenvolvimento no serviço que abrangem os cuidados de enfermagem de reabilitação?

10.1. Quais?

10.2. A existência de divulgação dos resultados obtidos/ganhos em saúde relacionados com a intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação? (comunidade científica, junto da população).

ANEXO VIII – EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

ANEXO VIII – EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO COGNITIVA

Exercícios de Reabilitação Cognitiva

Adaptado de Nunes, R. Pais, J. (2005 e 2006). Devença do Alzheimer – Exercícios de Estimulação Cognitiva. LISBOA, Vol 4 e 5.

Atenção (p. 2)

Linguagem (p. 23)

Memória (p. 57)

Funções Executivas (p. 82)

Funções Executivas (p. 95)

REABILITAÇÃO COGNITIVA:
ATENÇÃO

Elaborado por: Unidades de Especialidade de Enfermagem em Reabilitação/Faculdade Ciências (2003) e Prof.ª Elisabete Ribeiro Simões
Junho 2022

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

○	□	△	⊕
⊕	□	△	○
□	▽	△	○
○	⊗	△	○
△	▽	⊕	△

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas (A e B) e assinale as diferenças na coluna da direita (2).

A	B
6321	2321
6450	4650
4752	0758
0743	0547
1029	1027
2074	5074
6325	6625
6358	6788

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

654102	→	654205
012874	→	016844
540318	→	450318
304582	→	693582
304753	→	384752
632237	→	232187
468022	→	465012
321475	→	301075

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

26390142	→	56290242
63519823	→	64529823
25467876	→	25562896
95842360	→	65782360
52703698	→	67708698
64347816	→	64137216
68871352	→	64501372
01397421	→	01477411
52170308	→	75172308
50123479	→	60723095
03941287	→	04840287
63842103	→	63443123
10284636	→	10634436

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

01982354	→	01782324
02488850	→	05418850
48108844	→	43108846
50960142	→	58990142
35119741	→	3219741
85410536	→	65428536
02284454	→	01684454
45021053	→	43031853
68590219	→	60358219
38676282	→	38475282
56321385	→	56521485
76528447	→	66508427

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

B T S W	→	B T S W
D F T B	→	D O T B
P F Y A	→	P F Y P
N T S C	→	N T S N
Q O P B	→	Q O P G
N T M O	→	M T M O
Y U I P	→	Y U I P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

S J K G	→	S I K G
D M J L	→	O M J L
J Y R R	→	J Y R Q
Y B M M	→	Y B N M
N M O P	→	M N O P
L N B O	→	L N B O
M J Z C	→	M J Z C
M B M D	→	M B M O

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

K B C A Q U V	→	K B C A Q U R
O E M V X U I R	→	O M N V X O I R
A Z N S R T I L	→	C Z N S R T I O
D F F E T J Y V	→	D F P R T J Y I
L A R Y V C F T	→	L E R V V C F G
Q R X M P B U	→	Q R O X M P B U
B C A I D F T U	→	B C A I R F T U
J O P A O L L T	→	J O P A O I L T

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras DADO.

A	M	A	D	F
S	O	L	A	D
F	D	A	D	O
I	M	A	O	A
D	A	D	O	P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras CASA e MESA.

A	P	D	U	F
S	C	A	S	A
F	H	Q	L	S
I	T	L	U	A
M	E	S	A	P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de itens positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras S O L e L I A.

A P D U F
S O L I D
F H Q L S
I T L U A
E M N Z P

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

13

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras CASA, CANZO, CINEMA e COLAR.

F C B V J S S O A D
D A N C C O L A R C
I S O A B E A E P F
O A C L F G S C L A
A E A V E E O I J T
F G S H I C L N G P
C A S A C O R E R O
E S G D I P E M A R
U D P I G U E A I C
L V O C O L A F I O

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

14

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar os quadrados e os triângulos, utilizando cores diferentes.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

15

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar os quadrados 20 e os triângulos.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

16

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar as letras L.

A P C U F
S O L I C
F H C L S
C T L U A
E M N Z C

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

17

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar as letras A e C.

A P C U F
S O L I C
F H C L S
C T L U A
E M N Z C

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

18

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar as letras O.

A C P V J S B S O D
R A D C C O N L A C
J E A V E E A O I T
L A O L F G C S C A
O R S E O A E S D I
G G F H I C S L N P
R A C A C O S R E O
A S E D I P G E M R
I D U I G U P E A C
I V L C O L O A F O

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

19

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar as letras P e L.

A C P V J S B S O D
R A D C C O N L A C
J E A V E E A O I T
L A O L F G C S C A
O R S E O A E S D I
G G F H I C S L N P
R A C A C O S R E O
A S E D I P G E M R
I D U I G U P E A C
I V L C O L O A F O

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

20

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar os algarismos 2.

2 1 7 7 2 0 2 1 3 4
1 9 5 9 5 1 3 2 5 7
5 3 8 1 6 4 1 1 1 1
9 8 2 5 3 2 6 4 7 6
6 5 7 8 8 6 5 7 5 9
5 3 5 7 9 5 4 5 4 4
7 4 4 6 1 8 9 8 5 8
3 1 3 1 6 9 6 7 8 3
1 0 8 2 3 6 0 3 3 5
9 6 8 7 1 8 2 4 5 3

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

21

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Solicitar para assinalar os algarismos 1 e 8.

2 1 7 7 2 0 2 1 3 4
1 9 5 9 5 1 3 2 5 7
5 3 8 1 6 4 1 1 1 1
9 8 2 5 3 2 6 4 7 6
6 5 7 8 8 6 5 7 5 9
5 3 5 7 9 5 4 5 4 4
7 4 4 6 1 8 9 8 5 8
3 1 3 1 6 9 6 7 8 3
1 0 8 2 3 6 0 3 3 5
9 6 8 7 1 8 2 4 5 3

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

22

**REABILITAÇÃO COGNITIVA:
LINGUAGEM**

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

23

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: __/__/__

Instruções: Fazer e ler o seguinte texto para ver lido. Fazer quantos lidos e lidos para determinar quanto a sua compreensão.

O Gonçalo tem doze anos. Anda na escola e a professora diz que aprende muito bem.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de erros apontados: _____
Número de falhas positivas: _____
Número de respostas corretas: _____
Observações: _____

24

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler o texto e responder às perguntas. Fazer questões sobre o texto para determinar quanto é sua compreensão.

O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser besugo no forno. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e para a Teresa.

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

25

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler o texto e responder às perguntas. Fazer questões sobre o texto para determinar quanto é sua compreensão.

A família Fonseca, no verão, decidiu fazer um piquenique na encosta do Castelo de Santa Maria da Feira. A D. Rosa Fonseca fez uma torta de noz, que é a preferida dos seus 2 filhos, a Camila e o Carlos. Também levaram sumo de laranja, sandes de queijo e fiambre, com alface e tomate e fruta variada. Como estava muito sol, o Sr. José Fonseca achou melhor levarem um guarda-sol para se protegerem. Depois de comer, a família foi dar uma volta pelo castelo. Regressaram a casa por volta das 5 horas da tarde.

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

26

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a palavra que completa a frase.

Telhado	Passageiros
Cerejeira	Chapelaria
Falanga	Salsicharia
Confitearia	Marmelada
Pálpebras	Auto-estrada
Camisaria	Campânula
Cabeleireiro	Iluminação
Laranjeira	Mela-de-leite
Articulação	Estacionamento
Portinhola	Interrogação
Constituição	Encadernação
Democracia	

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

27

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - ESCRITA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção das seguintes palavras.

Telhado	
Cerejeira	
Falanga	
Confitearia	
Pálpebras	
Camisaria	
Cabeleireiro	
Laranjeira	
Articulação	
Portinhola	
Constituição	
Democracia	

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

28

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - ESCRITA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção das seguintes palavras.

Raquel	
Sofá	
João	
Maré	
Será	
Monte	
Cinco	
Mariana	
Bonito	
Sorriso	
Doçura	
Cardial	
Relógio	

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

29

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - ESCRITA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção das seguintes palavras. NOTA: Poderá alterar ou complementar o exercício, substituindo a opção das palavras.

Pé	Maré
Pá	Soz
Olá	Piso
Tio	Dedo
MSe	Dente
Paí	Água
MSo	Sumo
Péa	Maçã
Mesa	Jogo
Porta	Anel
Olho	Brinco
Tabua	Papel

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

30

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - ESCRITA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção das palavras. NOTA: Poderá alterar ou complementar o exercício, substituindo a opção das palavras.

Jarro	Forno
Planta	Arroz
Móvel	Sentir
Sofá	Folha
Cesto	Andor
Vime	Rato
Bata	Vídeo
Placa	Lança
Chapéu	Rapaz
Jornal	Pató

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

31

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - ESCRITA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção das palavras. NOTA: Poderá alterar ou complementar o exercício, substituindo a opção das palavras.

Pélo	Moreno
Folhas	Padaria
Leque	Cabana
Rainha	Mancha
Panela	Torrada
Janela	Fiambre
Árvore	Garagem
Laranja	Garfura
Caixa	Cenouras
Oculos	Formador
Bicicleta	Cartolina
Apartamento	Arquiteto

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

32

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar que palavra na lista direita, a palavra que está relacionada com a palavra da lista esquerda.

Comer	Cozinha - Quarto
Caminhar	Mar - Passeio
Hospital	Enfermeiro - Padeiro
Pedra	Duro - Amargo
Calendário	Ano - Hora
Telefone	Pensar - Falar
Edifício	Viga - Motor
Vermelho	Suave - Azul
Cadeira	Dormir - Sentar
Garrafa	Líquido - Sopa

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

33

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção da lista direita, a palavra que está relacionada com a palavra da lista esquerda.

Camá	Almofada - Rosa
Mar	Água - Óleo
Anel	Retrato - Dedo
Peixe	Pescador - Pastor
Barco	Céu - Água
Pente	Papel - Cabelo
Porta	Madeira - Pano
Livro	Papel - Champã
Chapéu	Cabeça - Joelho
Ovo	Árvore - Galinha

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

34

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção que escreva no verbo tratamento e feminino das palavras seguintes apresentadas. NOTA: Deixar as observações, qual o método utilizado para a realização do exercício.

Bonito	
Erguer	
Enérgico	
Agarrar	
Comprar	
Enriquecer	
Adormecer	
Apagar	
Culpabilizar	
Artificial	
Finalizar	

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

35

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Selecionar a opção que escreva no verbo tratamento e masculino das palavras seguintes apresentadas. NOTA: Deixar as observações, qual o método utilizado para a realização do exercício.

Erguer	
Enérgico	
Agarrar	
Comprar	
Enriquecer	
Adormecer	
Apagar	
Culpabilizar	
Artificial	
Finalizar	

Registo de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de itens positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

36

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Questionar qual a função dos seguintes objetos.

Óculos
Guardanapo
Relógio
Cameta
Colher
Escova de dentes

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

37

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Questionar qual a função dos seguintes objetos.

Sofá
Mesa
Cobertor
Guarda-sol
Almofada
Chaves

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

38

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Questionar qual a função dos seguintes objetos.

Escada
Fita-métrica
Compasso
Dicionário
Varinha mágica
Fio de prumo

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

39

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento das letras em falta, representadas pelas seguintes iniciais.

BA _ _ _ A	MA _ _ _ JÁ	TI _ _ F	SI _ _ _ TE
DO _ _ _ BO	C _ _ VA _ _	P _ _ N _ _ RA	POB _ _ _ A
CA _ _ CO _ _	AME _ _	P _ _ R _ _ M	S _ _ Á _ _
_ _ SA	CA _ _ A	G _ _ U _ _	MA _ _ C _ _
C _ _ E _ _ O	_ _ F _ _ RA	CR _ _ U _ _	IF _ _ OR _ _ MO

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

40

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento das letras em falta, representadas pelas seguintes iniciais.

CR _ _ _	P _ _ CO	TIC _ _	SI _ _
SA _ _	RO _ _	FRA _ _	CAN _ _
SI _ _	CAB _ _	BAN _ _	CAN _ _
DO _ _	AL _ _ O	BA _ _ _	NOB _ _
MÁQU _ _	COMPLTA _ _	REV _ _	QCA _ _

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

41

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento da tabela com 10 nomes de pessoas conhecidas.

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

42

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento da tabela com 10 palavras.

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

43

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento da tabela com 10 palavras.

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

44

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento da tabela com 10 legumes e 10 frutos.

Legumes	Frutos

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

45

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o preenchimento da tabela com 5 palavras começadas pela letra R e 5 palavras começadas pela letra P.

R	P

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

46

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Questionar a pessoa sobre 4 palavras que começam com R e 4 palavras que começam com P.

Pastelaria	Frutaria

Registos de Enfermagem

Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

47

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM – FLUÊNCIA
DIFICULDADE NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Questionar a pessoa sobre 4 nomes de pessoas e 4 nomes de cores.

Nomes de pessoas	Cores

Registos de Enfermagem

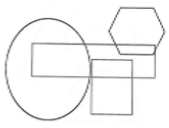
Tempo de avaliação: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas pontuais: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

48

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o contorno das diferentes figuras com recortes a diferentes cores.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____


Observações: _____

61

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o contorno das diferentes figuras com recortes a diferentes cores.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____


Observações: _____

62

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a contagem do número de quadrados.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____


Observações: _____

63

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a contagem do número de estrelas.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

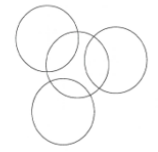
Observações: _____

64

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a contagem do número de círculos.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

65

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Perante as afirmações relativas às figuras apresentadas, solicite que a pessoa assinale a sua veracidade, indicando se são verdadeiras ou falsas.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A estrela está entre os quadrados.	Verdadeiro ou Falso?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A cruz está à direita do quadrado.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Os quadrados ficam entre à direita do triângulo.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O triângulo está à esquerda da letra e do quadrado.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O quadrado está entre a cruz e o triângulo.	

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

66

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a contagem do número de círculos.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	O triângulo está à direita do quadrado.	Verdadeiro ou Falso?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A seta aponta para a esquerda.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A lua está à esquerda do círculo.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A bola pingante está à esquerda do balão.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A bola preta está à esquerda da bola branca.	

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

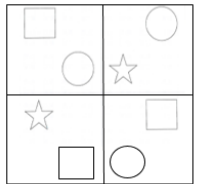
Observações: _____

67

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar à pessoa que aponte o quadrado da cima, o quadrado da direita, a estrela da esquerda e o item que corresponde ao X no lugar e o número total de quadrados colocados dentro a realização deste exercício.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

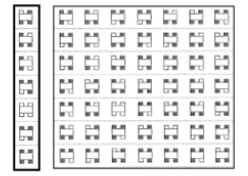
Observações: _____

68

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que seja assinada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

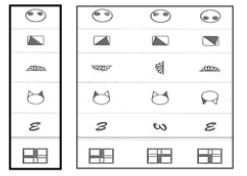
Observações: _____

69

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que seja assinada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

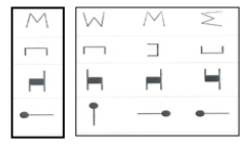
Observações: _____

70

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que seja assinada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

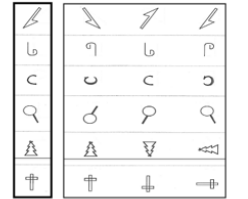
Observações: _____

71

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que seja assinada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.



Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de itens respondidos: _____

Número de falhas positivas: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

72

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça encaixada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

73

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça encaixada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

74

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça encaixada no quadro da direita, a figura que é igual à da esquerda.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

75

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE VARIÁVEL

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Coloque em cima da mesa, a foto do alimento seguinte e solte a pessoa que aparece a seguir, dentro do tempo, dentro o prazo e assim sucessivamente. NÃO, podendo ser utilizado outros alimentos. Descreva nas observações as alterações implementadas no exercício.

Lista
Maça
Laranja
Banana
Tomate
Frango
Carne
Doce

Lista observada

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

76

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE VARIÁVEL

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Coloque em cima da mesa, os objetos apresentados na foto seguinte e solte a pessoa que aparece a seguir, dentro o prazo e assim sucessivamente. NÃO, podendo ser utilizados outros objetos. Descreva nas observações as alterações implementadas no exercício.

Lista
Copo
Faca
Cadeira
Balço
Carreta
Luz

Lista observada

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

77

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça que aparece a moeda de 2 dólares, de 2 dólares e assim sucessivamente.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

78

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça que aparece a nota de 5 euros, de 10 euros e assim sucessivamente.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

79

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça que aparece a porco, o porco, o coelho e assim sucessivamente.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

80

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNÓSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL
DIFICULDADE 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solte a peça que aparece a girafa, o elefante, o panda e assim sucessivamente.

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

81

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA

82

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA REMOTA
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Informe a pessoa que irá realizar o exercício sobre a sua família. Solte a peça que indique nomes dos seus pais, avós, irmãos, filhos e netos.

Ø meu nome é...
Ø meu pai chama-se...
Ø minha mãe chama-se...
Ø meu irmão chama-se...
Ø meu avô(a) chama-se...
Ø meu filho chama-se...
Ø meus netos chama-se...
Outros familiares...

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

83

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Repete cuidadosamente a seguinte lista de compras e peça para memorizar. Realize outra nova tentativa. Quando terminar, solte a pessoa que memorizou da lista de compras memorizada. NÃO, podendo ser utilizada a família, após lista observada no exercício seguinte, tendo por base o contexto sócio-cultural da pessoa.

Exemplo	Alternativa
Detergente	
Alface	
Arroz	
Laranja	

Registros de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

84

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler o texto e passa o conteúdo. Garanti que a pessoa está atenta no exercício. Posteriormente, realizar os questionários apresentados.

O Gonçalo tem doze anos. Anda na escola e a professora diz que aprende muito bem.

Questões

Lembra-se do nome do personagem do texto?
 É uma criança ou um adulto?
 Que idade tem?
 Aprende bem ou mal na escola?

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

85

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler o texto e passa o conteúdo. Garanti que a pessoa está atenta no exercício. Posteriormente, realizar os questionários apresentados.

O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser bebado no forno. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e para a Teresa.

Questões

Lembra-se do nome do personagem do texto?
 O que vão celebrar?
 Como vão celebrar?
 Quem convidaram?
 O que é o menu?
 A que horas chegam os convidados?

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

86

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler o texto e passa o conteúdo. Garanti que a pessoa está atenta no exercício. Posteriormente, realizar os questionários apresentados.

A família Fontes, no verão, decidiu fazer um piquenique na encosta do Castelo de Santa Maria da Foz. A D. Rosa Fontes fez uma torta de noz, que é a preferida dos seus 2 filhos, a Camilla e o Carlos. Também levaram sumo de laranja, sandes de queijo e fambre, com alface e tomate e fruta variada. Como estava muito sol, o Sr. José Fontes achou melhor levarem um guarda sol para os protegê-los. Depois do almoço, a família foi dar uma volta pelo Castelo. Regressaram a casa por volta das 5 horas da tarde.

Questões

Qual é a espécie de família de que se fala no texto?
 Quantas pessoas foram para essa família a fazer o piquenique?
 Em que época do ano que a família decidiu fazer o piquenique?
 Onde fizeram o piquenique?
 Que bolo fez a D. Rosa Fontes?
 Quem trouxe o bolo?
 Que outros pratos levaram para comer?
 Como estava o tempo?
 O que foi a família depois do almoço?
 A que horas regressaram a casa?

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

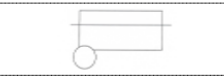
Observações: _____

87

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Mostrar o desenho e pedir para memorizar. Tapar o desenho com outra folha e pedir para reproduzir a imagem dentro do quadrado.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

88

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a memorização do código apresentado. Posteriormente, repetir o código e pedir para preencher a tabela apresentada.

Código	1 = R	4 = O
	2 = D	5 = O
	3 = M	6 = R

Código	Palavra correspondente
1 R R	
2 R R	
3 R R	
4 R R	
5 R R	
6 R R	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

89

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler cuidadosamente as palavras correspondentes a um dos exercícios. Solicitar a memorização das palavras. Posteriormente, solicitar a repetição das palavras ordenadas. NOTA: Anotar as letras de palavras que foram utilizadas.

Exercício 1
 Laranja
 Casaco

Exercício 2
 Chuva
 Anel

Exercício 3
 Casa
 Sapato

Exercício 4
 Sol
 Marinho

Exercício 5
 Canção
 Menino

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

90

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler cuidadosamente as palavras correspondentes a um dos exercícios. Solicitar a memorização das palavras. Posteriormente, solicitar a repetição das palavras ordenadas. NOTA: Anotar as letras de palavras que foram utilizadas.

Exercício 1
 Noite
 Casa
 Lápis

Exercício 2
 Máquina
 Chapéu
 Sol

Exercício 3
 Lobo
 Casa
 Terra

Exercício 4
 Marchar
 Lâmpada
 Chuva

Exercício 5
 Azul
 Avião
 Molhado

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

91

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler cuidadosamente as palavras correspondentes a um dos exercícios. Solicitar a memorização das palavras. Posteriormente, solicitar a repetição das palavras ordenadas. NOTA: Anotar as letras de palavras que foram utilizadas.

Exercício 1
 Avul
 Celso
 Sapato
 Iba

Exercício 2
 Cola
 Nup
 Espingarda
 Tubo

Exercício 3
 Vivaldo
 Eru
 Condi
 Caçador

Exercício 4
 Lúcio
 Correr
 Jovem
 Muro

Exercício 5
 Futebol
 Maria
 Piquenique
 Janita
 Chova
 Terno
 Fardo

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

92

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Ler cuidadosamente as palavras correspondentes a um dos exercícios. Solicitar a memorização das palavras. Posteriormente, solicitar a repetição das palavras ordenadas. NOTA: Anotar as letras de palavras que foram utilizadas.

Exercício 1
 Ana
 Camila
 Paulo
 Grilo
 Livro
 Papalco

Exercício 2
 Audá
 Mestrado
 Camaradão
 Jarda
 Calor
 Calendário
 Terno
 Fato

Exercício 3
 Cio
 Avesso
 Cio
 Barris
 Terra
 Andar
 Viagem
 Pia

Exercício 4
 Casa de vidro
 Fardadura
 Janita
 Chova
 Terno
 Fardo

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

93

REABILITAÇÃO COGNITIVA: MEMÓRIA RECENTE
DIFICULDADE: VISUAL

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Mostrar cuidadosamente um conjunto de objetos, solicitar que a pessoa os memorize, escondendo os objetos e pedir para que os reproduza novamente. NOTA: Não utilizar os exemplos das listas dos exercícios anteriores no conteúdo e sua própria lista de objetos. Preencha a lista dos objetos memorizados.

Exercício 1

Exercício 2

Exercício 3

Exercício 4

Exercício 5

Exercício 6

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

94

REABILITAÇÃO COGNITIVA:
FUNÇÕES EXECUTIVAS

95

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: VISUAL

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que sejam completadas as sequências de figuras apresentadas.

○ ● ○ ● ○	
□ ○ □ ○ □	
→ ↑ → ↑ →	
△ ▽ △ ▽ △	
⊗ ⊗ ⊗ ⊗	
⊠ ⊠ ⊠ ⊠	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

96

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 1

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.

Coluna 1 (A a E) Fase Inicial - Ação:

Colocar a mesa
Por detergentes no esfregão
Passar pelo chão
Cozer o arroz

Coluna 2 (A a E) Fase Intermediária:

Preparar o arroz
Ligar a televisão
Ver o programa
Cozer no cozido

Coluna 3 (A a E) Fase Final - Ação:

Fazer os trabalhos
Procurar o número de telefone
Passar no autocarro
Manter a televisão de ligada

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

97

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.

Coluna 1 (A a E) Enunciado 1:

O cabelo não cresce
O cabelo ficou bom
O cabelo deu-lhe um tratamento
O cabelo ficou bonito e curto

Coluna 2 (A a E) Enunciado 2:

Comprei um sapato, mas o pé ficou muito grande e não dá para usar
Eu não gosto de sapatos de couro e não dá para usar
Eu não gosto de sapatos de couro e não dá para usar
Eu não gosto de sapatos de couro e não dá para usar

Coluna 3 (A a E) Enunciado 3:

Comprei um sapato, mas o pé ficou muito grande e não dá para usar
Eu não gosto de sapatos de couro e não dá para usar
Eu não gosto de sapatos de couro e não dá para usar
Eu não gosto de sapatos de couro e não dá para usar

Registos de Enfermagem

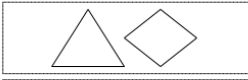
Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

98

REABILITAÇÃO COGNITIVA: PRÁXIAS
DIFICULDADE: 1

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a cópia do desenho apresentado.



Registos de Enfermagem

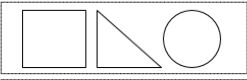
Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

99

REABILITAÇÃO COGNITIVA: PRÁXIAS
DIFICULDADE: 1

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a cópia do desenho apresentado.



Registos de Enfermagem

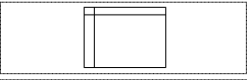
Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

100

REABILITAÇÃO COGNITIVA: PRÁXIAS
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a cópia do desenho apresentado.



Registos de Enfermagem

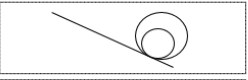
Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

101

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.



Registos de Enfermagem

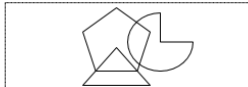
Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

102

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.



Registos de Enfermagem

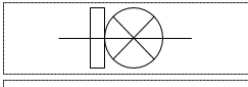
Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

103

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione que sejam ordenadas as seguintes frases numa ordem correta para que seja possível executar a ação.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

104

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO
DIFICULDADE: 1

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a realização dos seguintes cálculos numéricos.

2 + 2	
4 + 8	
9 + 3	
12 + 5	
16 + 4	
18 + 6	
25 + 3	
31 + 9	
45 + 7	
53 + 8	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

105

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a realização dos seguintes cálculos numéricos.

24 + 12	
32 + 15	
45 + 24	
56 + 22	
63 + 21	
78 + 34	
86 + 45	
97 + 59	
99 + 84	
124 + 97	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

106

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a realização dos seguintes cálculos numéricos.

28 - 19	
32 - 15	
43 - 16	
57 - 21	
65 - 38	
77 - 49	
81 - 54	
92 - 68	
97 - 39	
105 - 63	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

107

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO
DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ___/___/___

Instruções: Solucione a realização dos seguintes cálculos numéricos.

2 x 2	
3 x 5	
4 x 6	
5 x 9	
7 x 8	
8 x 3	
9 x 7	
12 x 5	
15 x 8	
18 x 7	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de itens respondidos: _____
 Número de falhas positivas: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

108

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS - CÁLCULO
DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar e reduzir às seguintes colunas numéricas.

4/2	
6/2	
8/4	
10/5	
12/3	
24/8	
36/4	
45/9	
54/6	
63/7	

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

109

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar que descreve uma linha e color as formas segundo a seguinte ordem: azul - triângulo.

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

110

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar que descreve uma linha e color as formas segundo a seguinte ordem: triângulo - círculo.

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

111

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar que descreve uma linha e color as formas segundo a seguinte ordem: triângulo - círculo - quadrado.

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

112

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar que completa as seguintes sequências lógicas.

1	3	5	7	9	
8	7	6	5	4	
5	10	15	20	25	
12	10	8	6	4	
1	2	1	2	1	
4	4	5	5	4	

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

113

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar que completa as seguintes sequências lógicas.

A	B	C	D	E	
B	B	B	B	B	
C	C	A	A	C	
M	N	M	N	M	
D	E	D	E	D	
O	P	Q	R	S	

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

114

REABILITAÇÃO COGNITIVA: FUNÇÕES EXECUTIVAS
DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Introdução: Selecionar que completa as seguintes sequências lógicas.

10	8	10	6	10	
2	4	8	16	32	
100	10	90	9	80	
30	1	35	10	40	
10	8	16	14	28	
40	44	22	26	13	

Registos de Desempenho

Tempo de execução: _____
 Número de erros cometidos: _____
 Número de itens praticados: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

115

Fonte: Adaptado de: Nunes, B; Pais, J. (2005 e 2006) Doença de Alzheimer – Exercícios de Estimulação Cognitiva. LIDEL, Lisboa. Vol I e II
 Fonte: Hoeman (2011, p. 566)


ANEXO IX – EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR
E DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DAS
ESTRUTURAS DA OROFARINGE

ANEXO IX – EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO MUSCULAR E DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS DA OROFARINGE

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

Elaborado por: Especialistas de Enfermagem da Reabilitação Fonoaudiológica (ESSE) e Prof.ª Tat.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.
Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Smart Talk, Logophobias versão 4.4. Atualizado em Fevereiro de 2021.

Fevereiro 2021



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Líbios -


Instrução:

- Δ Fecha a boca;
- Δ Pressione os lábios durante três a segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Elaborado por: Especialistas de Enfermagem da Reabilitação Fonoaudiológica (ESSE) e Prof.ª Tat.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.
Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Smart Talk, Logophobias versão 4.4. Atualizado em Fevereiro de 2021.

Pressione os lábios com força e relaxe



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Líbios -


Instrução:

- Δ Abra a boca;
- Δ Mantenha a boca aberta durante 3 segundos;
- Δ Sinta o alongamento;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Elaborado por: Especialistas de Enfermagem da Reabilitação Fonoaudiológica (ESSE) e Prof.ª Tat.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.
Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Smart Talk, Logophobias versão 4.4. Atualizado em Fevereiro de 2021.

Abra a boca e relaxe



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Líbios -


Instrução:

- Δ Junte os lábios como se fosse dar beijinhos;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Elaborado por: Especialistas de Enfermagem da Reabilitação Fonoaudiológica (ESSE) e Prof.ª Tat.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.
Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Smart Talk, Logophobias versão 4.4. Atualizado em Fevereiro de 2021.

Junte os lábios para dar beijinhos e relaxe



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Líbios -


Instrução:

- Δ Junte os lábios como se fosse dar beijinhos;
- Δ Sinta a resistência entre a língua e o palato;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Elaborado por: Especialistas de Enfermagem da Reabilitação Fonoaudiológica (ESSE) e Prof.ª Tat.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.
Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Smart Talk, Logophobias versão 4.4. Atualizado em Fevereiro de 2021.

Junte os lábios, pressione contra a espátula e relaxe



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Líbios -

Instrução:

- Δ Abra ligeiramente a boca;
- Δ Sem unir os lábios, faça a posição de dar beijinhos;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Elaborado por: Especialistas de Enfermagem da Reabilitação Fonoaudiológica (ESSE) e Prof.ª Tat.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.
Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Smart Talk, Logophobias versão 4.4. Atualizado em Fevereiro de 2021.

Sem unir os lábios, faça a posição de mandar beijinhos e relaxe

1

2

3



Sorria com os lábios juntos e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Lábios -

Instrução:

- Δ Sorria com os lábios juntos;
- Δ Sinta o alongamento;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Radiologia de São Paulo em 07/08/2013 e pelo Conselho Brasileiro de Radiologia em 07/08/2013. Fonte: Adaptado de: Paul Silver, Patricia Knoff, Tull, Lippman, Jones e S. Gendron em: Prótons em 2013.

Revisado em 2013.

7



Sorria, mostre os dentes e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Lábios -

Instrução:

- Δ Sorria mostrando os dentes;
- Δ Sinta o alongamento;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Radiologia de São Paulo em 07/08/2013 e pelo Conselho Brasileiro de Radiologia em 07/08/2013. Fonte: Adaptado de: Paul Silver, Patricia Knoff, Tull, Lippman, Jones e S. Gendron em: Prótons em 2013.

Revisado em 2013.

8



Enrole o lábio superior, por cima do lábio inferior e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Lábios -

Instrução:

- Δ Enrole o lábio superior por cima do lábio inferior;
- Δ Pressione na direção do queixo;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Radiologia de São Paulo em 07/08/2013 e pelo Conselho Brasileiro de Radiologia em 07/08/2013. Fonte: Adaptado de: Paul Silver, Patricia Knoff, Tull, Lippman, Jones e S. Gendron em: Prótons em 2013.

Revisado em 2013.

9



Sorria, mostre os dentes e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Lábios -

Instrução:

- Δ Enrole o lábio inferior sobre o lábio superior;
- Δ Pressione na direção do nariz;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Radiologia de São Paulo em 07/08/2013 e pelo Conselho Brasileiro de Radiologia em 07/08/2013. Fonte: Adaptado de: Paul Silver, Patricia Knoff, Tull, Lippman, Jones e S. Gendron em: Prótons em 2013.

Revisado em 2013.

10



Enrole o lábio superior e depois enrole o lábio inferior

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Lábios -

Instrução:

- Δ Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
- Δ Enrole o lábio inferior sobre o lábio superior;
- Δ Enrole o lábio superior sobre o lábio inferior;
- Δ Repita o movimento por 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Radiologia de São Paulo em 07/08/2013 e pelo Conselho Brasileiro de Radiologia em 07/08/2013. Fonte: Adaptado de: Paul Silver, Patricia Knoff, Tull, Lippman, Jones e S. Gendron em: Prótons em 2013.

Revisado em 2013.

11



Enrole o lábio inferior sobre o queixo e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Lábios -

Instrução:

- Δ Enrole o lábio inferior na direção do queixo;
- Δ Sinta o alongamento;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Radiologia de São Paulo em 07/08/2013 e pelo Conselho Brasileiro de Radiologia em 07/08/2013. Fonte: Adaptado de: Paul Silver, Patricia Knoff, Tull, Lippman, Jones e S. Gendron em: Prótons em 2013.

Revisado em 2013.

12



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

-Lábios-

Instrução:

- Δ Encha a parte superior do lábio com ar;
- Δ Faça o alongamento;
- Δ Mantenha o ar por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo em 2012. e-mail: cfo@cofop.org.br. Fone: (11) 5082-9000. Rua: Francisco de Assis, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 05424-000.

Encha o lábio superior com ar e relaxe

13



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

-Lábios-

Instrução:

- Δ Encha a parte inferior do lábio com ar;
- Δ Faça o alongamento;
- Δ Mantenha o ar por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo em 2012. e-mail: cfo@cofop.org.br. Fone: (11) 5082-9000. Rua: Francisco de Assis, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 05424-000.

Encha o lábio inferior com ar e relaxe

14



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

-Lábios-

Instrução:


- Δ Abra a boca;
- Δ Faça um sorriso;
- Δ Faça o alongamento;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo em 2012. e-mail: cfo@cofop.org.br. Fone: (11) 5082-9000. Rua: Francisco de Assis, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 05424-000.

Abra a boca, sorria e relaxe

15



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

-Lábios-

Instrução:

- Δ Faça a boca e faça pressão nos lábios;
- Δ Encha as bochechas com ar;
- Δ Faça o alongamento;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo em 2012. e-mail: cfo@cofop.org.br. Fone: (11) 5082-9000. Rua: Francisco de Assis, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 05424-000.

Encha as bochechas com ar e relaxe



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

-Lábios-

Instrução:

- Δ Faça a boca e faça pressão nos lábios;
- Δ Encha as bochechas com ar;
- Δ Pressione as bochechas;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo em 2012. e-mail: cfo@cofop.org.br. Fone: (11) 5082-9000. Rua: Francisco de Assis, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 05424-000.

Encha as bochechas com ar; pressione as bochechas com os dedos e relaxe



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

-Lábios-

Instrução:

- Δ Alternadamente, vá combinando dois movimentos;
- Δ Mande bochechas com os lábios juntos;
- Δ Sorria mostrando os dentes;
- Δ Repita o movimento combinado 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Fonoaudiologia do Estado de São Paulo em 2012. e-mail: cfo@cofop.org.br. Fone: (11) 5082-9000. Rua: Francisco de Assis, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP - CEP: 05424-000.

Sorria, mostre os dentes e relaxe



Reproduza o som "ta" e "ca" e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
- Δ Coloque a ponta da língua atrás dos dentes da frente e faça o som "ta";
- Δ Coloque a parte posterior da língua, a tocar o palato e faça o som "ca";
- Δ Repita o movimento combinado 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Pedagogia de São Paulo, Paulo de Carvalho (2012) e Profª Tatiana Aparecida Rodrigues de Oliveira, Rosalinda, São Paulo.

Fonte: Adaptado de: For All Health Services, São Paulo, Linguagem: Manual de Avaliação e Tratamento de 2011.

Revisado em 2021.

19



Língua para fora, pressione com a espátula e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Coloque a língua para fora;
- Δ Pressione com a espátula;
- Δ Não a retire imediatamente;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Pedagogia de São Paulo, Paulo de Carvalho (2012) e Profª Tatiana Aparecida Rodrigues de Oliveira, Rosalinda, São Paulo.

Fonte: Adaptado de: For All Health Services, São Paulo, Linguagem: Manual de Avaliação e Tratamento de 2011.

Revisado em 2021.

20



Ponta da língua junto aos dentes e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Abra a boca;
- Δ Coloque a ponta da língua junto aos dentes;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Pedagogia de São Paulo, Paulo de Carvalho (2012) e Profª Tatiana Aparecida Rodrigues de Oliveira, Rosalinda, São Paulo.

Fonte: Adaptado de: For All Health Services, São Paulo, Linguagem: Manual de Avaliação e Tratamento de 2011.

Revisado em 2021.

21



Língua para fora e para baixo e depois relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Abra a boca;
- Δ Coloque a língua para fora e para baixo na direção do queixo;
- Δ Não a abanque;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Pedagogia de São Paulo, Paulo de Carvalho (2012) e Profª Tatiana Aparecida Rodrigues de Oliveira, Rosalinda, São Paulo.

Fonte: Adaptado de: For All Health Services, São Paulo, Linguagem: Manual de Avaliação e Tratamento de 2011.

Revisado em 2021.

22



Língua para cima, para baixo e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
- Δ Coloque a língua para fora e para cima na direção do nariz;
- Δ Coloque a língua para fora e para baixo na direção do queixo;
- Δ Repita o movimento combinado 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Pedagogia de São Paulo, Paulo de Carvalho (2012) e Profª Tatiana Aparecida Rodrigues de Oliveira, Rosalinda, São Paulo.

Fonte: Adaptado de: For All Health Services, São Paulo, Linguagem: Manual de Avaliação e Tratamento de 2011.

Revisado em 2021.

23



Mexa a língua para a esquerda, para a direita e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Alternadamente, vai combinar dois movimentos;
- Δ Coloque a língua para fora e deslize até ao canto da boca a direita;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Deslize a língua até ao canto da boca a esquerda;
- Δ Mantenha por 3 segundos;
- Δ Repetir o movimento combinado 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado pelo Conselho de Pedagogia de São Paulo, Paulo de Carvalho (2012) e Profª Tatiana Aparecida Rodrigues de Oliveira, Rosalinda, São Paulo.

Fonte: Adaptado de: For All Health Services, São Paulo, Linguagem: Manual de Avaliação e Tratamento de 2011.

Revisado em 2021.

24



Toque com a língua na bochecha esquerda, direita e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Afornadamento, vai combinar dois movimentos;
- Δ Com a língua dentro da boca tocar na bochecha esquerda;
- Δ Manter por 3 segundos;
- Δ Com a língua dentro da boca tocar na bochecha direita;
- Δ Manter por 3 segundos;
- Δ Repetir o movimento combinado 3 vezes;
- Δ Relaxar.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.
 Referência para Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Patrick C. Dawson (2012) e April Kelly (2014) Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Elizabeth Hogg.
 Autor: Adaptado por Prof. Rocio Perceira, Rosal Yáñez, Alejandra Torres e L. González em Fevereiro de 2021.
 Novembro 2021

25



Toque com a língua nas bochechas, pressione com o dedo e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Afornadamento, vai combinar dois movimentos;
- Δ Tocar com a ponta da língua na bochecha esquerda e pressionar com o dedo durante 3 segundos;
- Δ Tocar com a ponta da língua na bochecha direita e pressionar com o dedo durante 3 segundos;
- Δ Repetir o movimento combinado 3 vezes;
- Δ Relaxar.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.
 Referência para Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Patrick C. Dawson (2012) e April Kelly (2014) Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Elizabeth Hogg.
 Autor: Adaptado por Prof. Rocio Perceira, Rosal Yáñez, Alejandra Torres e L. González em Fevereiro de 2021.
 Novembro 2021

26



Movimente a língua em círculo na parte interior dos lábios e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Com a boca fechada, movimento a língua em círculo na parte interior dos lábios;
- Δ Repetir o movimento na direção inversa;
- Δ Relaxar.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.
 Referência para Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Patrick C. Dawson (2012) e April Kelly (2014) Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Elizabeth Hogg.
 Autor: Adaptado por Prof. Rocio Perceira, Rosal Yáñez, Alejandra Torres e L. González em Fevereiro de 2021.
 Novembro 2021

27



Movimente a língua em círculo na parte exterior dos lábios e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Língua -

Instrução:

- Δ Com a boca aberta, movimento a língua em círculo na parte exterior dos lábios;
- Δ Repetir o movimento na direção inversa;
- Δ Relaxar.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.
 Referência para Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Patrick C. Dawson (2012) e April Kelly (2014) Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Elizabeth Hogg.
 Autor: Adaptado por Prof. Rocio Perceira, Rosal Yáñez, Alejandra Torres e L. González em Fevereiro de 2021.
 Novembro 2021

28



Abra a boca e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Bochechas -

Instrução:

- Δ Abra a boca;
- Δ Sinta o alongamento;
- Δ Manter por 3 segundos;
- Δ Relaxar.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.
 Referência para Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Patrick C. Dawson (2012) e April Kelly (2014) Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Elizabeth Hogg.
 Autor: Adaptado por Prof. Rocio Perceira, Rosal Yáñez, Alejandra Torres e L. González em Fevereiro de 2021.
 Novembro 2021

29



Encha as bochechas com ar e relaxe

Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe


- Bochechas -

Instrução:

- Δ Encha as bochechas com ar;
- Δ Sinta o alongamento;
- Δ Manter por 3 segundos;
- Δ Relaxar.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.
 Referência para Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Patrick C. Dawson (2012) e April Kelly (2014) Tratamento de Distúrbios de Swallowing - Elizabeth Hogg.
 Autor: Adaptado por Prof. Rocio Perceira, Rosal Yáñez, Alejandra Torres e L. González em Fevereiro de 2021.
 Novembro 2021

30



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Palato mole-

Instrução:

- Δ Faça um bocejo exagerado;
- Δ Mantenha a posição por 3 segundos;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado por: Faculdade de Odontologia de Bauriânia, Goiás, Brasil (2021). © Small Talk® Repetição de Exercícios de Fortalecimento Muscular. Todos os direitos reservados. Small Talk, Lingraphica, marca e/ou símbolos de Propriedade de 2021. Fevereiro 2021.

Boceje e relaxe

37



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Palato mole-

Instrução:


- Δ Coloque a parte posterior da língua junto ao palato;
- Δ Reproduza o som forçado "ca";
- Δ Repita o som 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado por: Faculdade de Odontologia de Bauriânia, Goiás, Brasil (2021). © Small Talk® Repetição de Exercícios de Fortalecimento Muscular. Todos os direitos reservados. Small Talk, Lingraphica, marca e/ou símbolos de Propriedade de 2021. Fevereiro 2021.

Reproduza o som "ca" e relaxe

38



Exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude de movimento das estruturas da orofaringe

- Palato mole-

Instrução:

- Δ Faça uma deglutição exagerada/forçada;
- Δ Repita 3 vezes;
- Δ Relaxe.

Δ Repetir entre 5 a 10 vezes.

Revisado por: Faculdade de Odontologia de Bauriânia, Goiás, Brasil (2021). © Small Talk® Repetição de Exercícios de Fortalecimento Muscular. Todos os direitos reservados. Small Talk, Lingraphica, marca e/ou símbolos de Propriedade de 2021. Fevereiro 2021.

Engula forçadamente e relaxe

39

Fonte: Adaptado App Oral Motor Exercises, Small Talk, Lingraphica, versa o 4.4. Acedido em Fevereiro de 2021.

ANEXO X – *KIT* PARA REABILITAÇÃO DA MOTRICIDADE FINA

ANEXO X – KIT PARA REABILITAÇÃO DA MOTRICIDADE FINA



Reabilitação da mão com o ovo ou com bola



Pegue no ovo



Segure o ovo com o polegar



Pegue no ovo com o punho para baixo



Pegue no ovo como na figura e pressione o ovo



Pressione o ovo com um dedo de cada vez







Pegue no ovo como nas figuras e pressione o ovo

Elaborado por: Estudante de Enfermagem de Reabilitação Física, Chaves (ESB), Int. EER Parida, Vitória e Prof.ª Int. EER Ricardo Braga.
 Fonte: Disponível em <https://m.made-in-china.com/product/Egg-Gripper-14-and-Grip-Strength-Trainer-Stress-Ball-for-kids-and-adults-hand-the-spy-ball-squishy-set-of-3-finger-resistance-exercise-squeezers-E8213070-705581261.html>

Reabilitação da mão com elásticos



Alongar os dedos em extensão



Fletir os dedos com resistência



Abrir a mão e fechar



Manter uma das pontas fixas. Afastar e unir o polegar à mão.



Unir e afastar os dedos em forma de pinça



Pode usar combinação dos objetos para facilitar a pega, por exemplo, pode usar a bola ou o juntamente com o elástico.

Elaborado por: Estudante de Enfermagem de Reabilitação Física, Chaves (ESB), Int. EER Parida, Vitória e Prof.ª Int. EER Ricardo Braga.
 Fonte: Disponível em <https://m.made-in-china.com/product/Egg-Gripper-14-and-Grip-Strength-Trainer-Stress-Ball-for-kids-and-adults-hand-the-spy-ball-squishy-set-of-3-finger-resistance-exercise-squeezers-E8213070-705581261.html>

ANEXO XI – ESCALA DE BORG MODIFICADA:
ESTÁ CANSADO?
SENTE FALTA DE AR?

ANEXO XI– ESCALA DE BORG MODIFICADA: ESTÁ CANSADO= SENTE FALTA DE AR?

Escala de Borg Modificada		Está cansado? Sente falta de ar?									
		Diga-nos de zero (0) a dez (10) em que nível se situa durante a atividade física?									
Nenhuma	Muito, muito leve	Muito leve	Leve	Moderada	Pouco intensa	Intensa		Muito intensa		Muito, muito intensa	Máxima
0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de Borg Modificada		Está cansado? Sente falta de ar?									
		Diga-nos de zero (0) a dez (10) em que nível se situa durante a atividade física?									

A **Escala de Borg Modificada** permite quantificar e qualificar a sua sensação de falta de ar e o seu cansaço durante a realização de exercícios ou durante as suas atividades de vida diárias.

Durante a atividade física, a sensação de falta de ar e de cansaço devem situar-se entre os valores:

- **0,5 (Muito, muito leve) e 3 (Moderado)** para uma **atividade leve a moderada**;
- **4 (Um pouco forte) a 6 (acima de Forte e abaixo de Muito forte)** para **atividade moderada a vigorosa**.

A atividade física moderada:

- é aquela que produz um aumento dos batimentos cardíacos e/ou da respiração (por exemplo cortar a relva, transportar cargas leves ou caminhar);
- durante estas atividades deve ser capaz de conversar apesar de sentir um ligeiro aumento dos batimentos cardíacos e/ou da respiração.

A atividade física vigorosa:

- é aquela que produz um grande aumento dos batimentos cardíacos e/ou da respiração, que o faz suar ou ficar ofegante (por exemplo correr, levantar grandes pesos, cavar ou andar de bicicleta a um ritmo rápido);
- durante estas atividades deve ser capaz de responder a alguém rapidamente, mas não consegue manter uma conversa.

Deve realizar atividade física de intensidade leve a moderada (de 0,5 a 2) e ir progredindo para moderada a vigorosa (de 3 a 6), ao seu ritmo, de acordo com a sua sensação de esforço.

Elaborado por: Estudante de Enfermagem de Reabilitação Patrícia Chastres (ESEL), Enf.ª EER Patrícia Vidinha e Prof.ª Enf.ª EER Ricardo Braga

Abril 2021

Referências bibliográficas:

- Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardiopulmonar da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. *Gestão dos Sintomas Respiratórios na Pessoa com COVID-19 e Atividade Física após recuperação da COVID-19*. Acedido em <http://www.apfrio.pt/>
- Marques, A., Oliveira, D. (2016). *Gerir a infeção respiratória do trato inferior na comunidade - O papel do fisioterapeuta*. Loures: Lusodicta. ISBN: 978-989-8075-70-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivos/colejos/Documentos/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Pianos, PT., Huebner, M., Zhang, Z., Turchetta, A., McGrath, PJ. Dalhousie Pictorial Scales Measuring Dyspnea and Perceived Exertion during Exercise for Children and Adolescents. *Ann Am Thorac Soc*. 2015 May;12(5):718-26. doi: 10.1513/Annats.201410-477OC.

**ANEXO XII – REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E MOTORA
APÓS INFECÇÃO POR COVID-19: PROMOÇÃO
DA ATIVIDADE FÍSICA E DO EXERCÍCIO**

Reabilitação Funcional Respiratória e Motora
Promoção da Atividade Física e do Exercício

Mantenha-se ativo!

Sugestões de atividade física vigorosa:

1. Marchar no lugar, a um ritmo acelerado;
2. Caminhada a um passo acelerado (4-6 km/h) com inclinação 6-15%;
3. Carregar mercadorias pelas escadas;
4. Dançar a um ritmo acelerado;
5. Carregar utensílios para o andar de cima;
6. Subir escadas a um ritmo acelerado;
7. Step (treino aeróbico), com degraus 15-20 cm;
8. Andar de bicicleta estática (>90 watts) ou de elíptica a um ritmo intenso (máximo valor na escala de 6).

Reabilitação Funcional Respiratória e Motora
Promoção da Atividade Física e do Exercício

O MAIS IMPORTANTE

Evite estar longos períodos sentado. Faça pausas curtas de 3 a 5 minutos a cada 20 a 30 minutos sentado.

Estratégias para se manter menos sedentário:

- Levantar-se e movimentar-se quando atendido o telemóvel;
- Quando lê um livro, levantar-se e mover-se de 6-6 páginas;
- Quando vê TV, levantar-se e movimentar-se nos intervalos;
- Coloque o comando da televisão a uma distância que o obrigue a levantar-se sempre que o quiser utilizar.


Podemos simplesmente levantar-se realizar exercícios de alongamento, dar um passeio pela casa, subir e descer escadas ou caminhar no jardim.

Procure manter um estilo de vida ativo!

Reabilitação Funcional Respiratória e Motora
Promoção da Atividade Física e do Exercício

Motivação:

- Escolha atividades que gosta, isso ajuda-lhe a manter-se ativo;
- Faça um plano das atividades que irá realizar em cada dia;
- Registe as atividades que realizou e a sua duração, para saber se atingiu as recomendações;
- Convide os familiares que está o em casa consigo a praticar atividade física em conjunto;
- Escolha o momento do dia em que se sente com mais energia para realizar as atividades mais exigentes;
- Respeite os seus limites, mas assegure-se de que não os usa como desculpa para não se manter ativo;
- Faça pausas ou alterando a intensidade da atividade sempre que necessário.



Reabilitação Funcional Respiratória e Motora
Promoção da Atividade Física e do Exercício

UM DESAFIO!

Podemos manter a atividade física contando o número de passos que realiza durante o dia - deverá realizar pelo menos 7500 passos por dia.


Se não conseguir atingir esses valores, tente atingir o número máximo de passos que conseguir:

Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Muito Alto
5000	8700	12500		


Reabilitação Funcional Respiratória e Motora
Promoção da Atividade Física e do Exercício

O que é normal sentir durante a atividade física

- Falta de ar leve a moderada;
- Suor;
- Fadiga ligeira nas pernas;
- Desconforto muscular ou articular.



Reabilitação Funcional Respiratória e Motora
Promoção da Atividade Física e do Exercício

Deve interromper a atividade física. 

... se apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Falta de ar e cansaço acima de 3 na Escala de Borg modificada;
- Frequência cardíaca acima de 120 batimentos por minuto;
- Palpitação cardíaca;
- Sensação de aperto do peito;
- Irritação (arritmia);
- Tonturas;
- Dores de cabeça;
- Visão turva;
- Suor intenso;
- Incapacidade de manter o equilíbrio.

Se estes sinais/sintomas não melhorarem com a interrupção do exercício ou se piorarem, entre em contacto com a Linha SNS 24 (808 24 24 24).

Fonte: Grupo de Interesse em Fisioterapia Cardiorrespiratória da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Gestão dos Sintomas Respiratórios na Pessoa com COVID-19 e Atividade Física após recuperação da COVID-19. Acedido em <http://www.apfisiio.pt/> || Marques, A., Oliveira A., Oliveira, D. (2016). Gerir a infeção respiratória do trato Inferior na comunidade - O papel do fisioterapeuta. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-70-3. || Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colegiado da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf || Pianosi, PT., Huebner, M., Zhang, Z., Turchetta, A., McGrath, PJ. Dalhousie Pictorial Scales Measuring Dyspnea and Perceived Exertion during Exercise for Children and Adolescents. Ann Am Thorac Soc. 2015 May;12(5):718-26. doi: 10.1513/AnnalsATS.201410-477OC. || Banco de imagens BING, acedido via MICROSOFT OFFICER PUBLISHER, a 15 de Abril de 2021./

ANEXO XIII – PRESCRIÇÃO DE TREINO: REEDUCAÇÃO
FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E AUMENTO DA
TOLERÂNCIA AO ESFORÇO E EXERCÍCIO

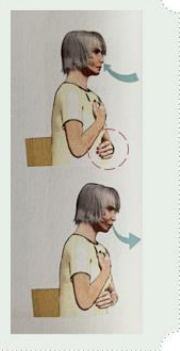
ANEXO XIII – PRESCRIÇÃO DE TREINO: REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA E AUMENTO DA TOLERÂNCIA AO ESFORÇO E EXERCÍCIO

Prescrição do treino:
- Reeducação funcional respiratória
- Aumento da tolerância ao esforço e exercício

Elaborado por: Estudante da Enfermagem de Residência: Patrícia Cavalcanti [ESSE], Baf1 EER Patrícia Vilela e Profª Baf1 EER Rosário Braga.
Fonte: Adaptado de Garcia e injecção respiratória do cravo inferior na comunidade. O papel da fisioterapia (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)

Março 2021

1



Exercícios de expansibilidade torácica

- Aquecimento (1) -

Instrução:

1. **Posição:** - sentado ou deitado.

2. **Movimento:**

Dificuldade 1 - colocar as mãos relaxadas sobre o abdômen;


Dificuldade 2 - usar um objeto com algum peso em substituição a das mãos (ex: pacote de massa 0,5 kg, no ponto final do arco);

3. **Respiração:** - Inspire pelo nariz como se estivesse a cheirar uma flor; Expire pela boca com os lábios murmurados como se estivesse a sugar uma vela.

4. **Repetição:** - 2 séries de 10 repetições.

Elaborado por: Estudante da Enfermagem de Residência: Patrícia Cavalcanti [ESSE], Baf1 EER Patrícia Vilela e Profª Baf1 EER Rosário Braga.
Fonte: Adaptado de Garcia e injecção respiratória do cravo inferior na comunidade. O papel da fisioterapia (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)

2



Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Treino (1) -

Instrução:

1. **Posição:** - sentado ou em pé.

2. **Movimento:**

Mantém os braços esticados e elevar até ao nível dos ombros.

3. **Respiração:**

Inspire pelo nariz quando eleva os braços;

Expire pela boca quando retorna a posição inicial.

4. **Repetição:** - 2 séries de 10 repetições.

Elaborado por: Estudante da Enfermagem de Residência: Patrícia Cavalcanti [ESSE], Baf1 EER Patrícia Vilela e Profª Baf1 EER Rosário Braga.
Fonte: Adaptado de Garcia e injecção respiratória do cravo inferior na comunidade. O papel da fisioterapia (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)

3



Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Treino (2) -

Instrução:

1. **Posição:** - sentado ou em pé.

2. **Movimento:**

Coloque os braços a altura dos ombros, com os cotovelos dobrados;

Leve os cotovelos para trás;

Retorne a posição inicial.


3. **Respiração:**

Inspire pelo nariz quando leva os cotovelos para trás;

Expire pela boca quando retorna a posição inicial.

4. **Repetição:** - 2 séries de 10 repetições.

Elaborado por: Estudante da Enfermagem de Residência: Patrícia Cavalcanti [ESSE], Baf1 EER Patrícia Vilela e Profª Baf1 EER Rosário Braga.
Fonte: Adaptado de Garcia e injecção respiratória do cravo inferior na comunidade. O papel da fisioterapia (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)



Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Treino (3) -

Instrução:

1. **Posição:** - sentado ou em pé.

2. **Movimento:**

Coloque os braços a altura dos ombros, com os cotovelos estendidos e com as mãos juntas ao centro;

Afaste os braços em simultâneo para;

Retorne a posição inicial.


3. **Respiração:**

Inspire pelo nariz quando afasta os braços;

Expire pela boca quando retorna a posição inicial.

4. **Repetição:** - 2 séries de 10 repetições.

Elaborado por: Estudante da Enfermagem de Residência: Patrícia Cavalcanti [ESSE], Baf1 EER Patrícia Vilela e Profª Baf1 EER Rosário Braga.
Fonte: Adaptado de Garcia e injecção respiratória do cravo inferior na comunidade. O papel da fisioterapia (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)



Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Alongamento (1) -

Instrução:

1. **Posição:** - sentado.

2. **Movimento:**

Incline a cabeça para um dos lados, tentando aproximar a orelha ao ombro;

Utilize a mão para ajudar no movimento;

Realize o exercício até sentir um ligeiro desconforto, mas sem dor.

3. **Respiração:**

Inspire pelo nariz na posição inicial;

Expire pela boca durante o alongamento.

4. **Repetição:** - 2 séries de 10 repetições.

Elaborado por: Estudante da Enfermagem de Residência: Patrícia Cavalcanti [ESSE], Baf1 EER Patrícia Vilela e Profª Baf1 EER Rosário Braga.
Fonte: Adaptado de Garcia e injecção respiratória do cravo inferior na comunidade. O papel da fisioterapia (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)

Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Alongamento (2) -

Instrução:
A Posição: sentado.
A Movimento:
 - Coloque as mãos atrás da cabeça;
 - Leve os cotovelos para trás;
 - Sinta o alongamento, mas sem dor;
 - Traga os cotovelos para a frente, relaxados, retornando à posição inicial.
A Respiração:
 - Inspire enquanto leva os cotovelos para trás;
 - Expire pela boca enquanto relaxa e retorna à posição inicial.
A Repetição: - 2 séries de 10 repetições.

Manual para Treinamento de Fisioterapia de Reabilitação para doentes (2015).
 © 2015, todos os direitos reservados. Não pode ser reproduzido.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Maio 2015

7

Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Alongamento (3) -

Instrução:
A Posição: em pé.
A Movimento:
 - Coloque-se em frente a uma parede, com os braços estendidos como se tivesse dois ombros e com as mãos apoiadas na parede;
 - Coloque uma perna à frente e traga o outro pé para a parede para a frente;
 - Inspire e expire, transferindo o peso para a perna da frente e para as mãos;
 - Mantenha o pé de trás bem apoiado no chão.
 - Relaxe.
A Respiração:
 - Inspire pela nariz na posição inicial;
 - Expire pela boca durante o alongamento.
A Repetição: - 2 séries de 10 repetições.

Manual para Treinamento de Fisioterapia de Reabilitação para doentes (2015).
 © 2015, todos os direitos reservados. Não pode ser reproduzido.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Maio 2015

8

Exercícios de expansibilidade e mobilidade torácica

- Alongamento (4) -

Instrução:
A Posição: sentado ou em pé.
A Movimento:
 - Afaste os pés a largura dos ombros;
 - Incline o tronco para um dos lados;
 - Apóie o tronco de um dos lados da mão;
 - Mova a mão direita para cima e tente chegar ao outro lado;
 - Retorne à posição inicial e relaxe.
A Respiração:
 - Inspire pelo nariz enquanto move o tronco e o braço acima da cabeça;
 - Expire pela boca enquanto retorna à posição inicial.
A Repetição: - 2 séries de 10 repetições.

Manual para Treinamento de Fisioterapia de Reabilitação para doentes (2015).
 © 2015, todos os direitos reservados. Não pode ser reproduzido.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Maio 2015

9

Treino aeróbio

- Exercício (1) -

Instrução:
A Situação: alternadamente se incline ao nível da anca, como se estivesse a marchar;
A Assumida: progressivamente a ritmo, considerando a sua idade e nível de esforço (depois de aquecer o corpo de 5 a 10 minutos de esforço);
A Se sentir falta de ar, pare o exercício;
 - Recorra ao **passo de apoio para controlar a fadiga**.
 - Apóie-se com os cotovelos;
 - Incline-se para a frente e relaxe a cabeça e o pescoço;
 - Inspire pelo nariz como se estivesse a chegar uma flor e expire pela boca com os lábios fechados contra um antebraço e inspire outra vez.
A Respiração:
 - Inspire e expire continuamente.
 - Expire pela boca enquanto relaxa os músculos.

Manual para Treinamento de Fisioterapia de Reabilitação para doentes (2015).
 © 2015, todos os direitos reservados. Não pode ser reproduzido.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Maio 2015

Treino aeróbio

- Exercício (2) -

Instrução:
A Situação: a descer as escadas;
A Faça: ao passar e se necessário recorra ao **passo de apoio para controlar a fadiga**.
 - Apóie-se nos corrimãos com os cotovelos;
 - Incline-se para a frente e relaxe a cabeça e o pescoço;
 - Inspire pelo nariz como se estivesse a chegar uma flor;
 - Expire pela boca com os lábios fechados contra um antebraço e inspire outra vez.
A Respiração:
 - Inspire e expire continuamente.
 - Inspire quando chega ao topo, relaxe 2 ou 3 segundos enquanto desce as escadas (Destruição).
 - Expire pela boca enquanto relaxa os músculos.
A Repetição: - Aumentar progressivamente a altura das escadas.

Manual para Treinamento de Fisioterapia de Reabilitação para doentes (2015).
 © 2015, todos os direitos reservados. Não pode ser reproduzido.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Para mais informações sobre este livro, visite o nosso site: www.elsevier.com/locate/9780124051111.
 Maio 2015



Fonte: Adaptado de Gerir a infeção respiratória do trato Inferior na comunidade, - O papel do fisioterapeuta (Marques, Oliveira e Oliveira, 2016)

ANEXO XIV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO EEER)

ANEXO XIV – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO EEER

1. ANAMNESE

1.1. Colheita de dados

Nome:		Data de Nascimento:		Idade:	
Gênero:		Naturalidade:		Profissão:	
Estado Civil:		Residência:		Escolaridade:	
Agregado familiar:		Condições habitacionais:		Suporte familiar:	
Dependência nas Atividades de Vida Diárias:					
Antecedentes de saúde					
Hábitos tabágicos:		Hábitos etanólicos:		Outras adições:	Alergias:
Co-morbilidades:					
Terapêutica habitual/ambulatório:					
Admissão					
Data:		Diagnóstico Principal:		Motivo de Internamento:	
Breve descrição da história de doença atual:					

2. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2.1. Avaliação objetiva – Parâmetros Vitais

Sessão 1	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	Frequência Respiratória	Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório		
Sessão 2	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	Frequência Respiratória	Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório		
Sessão 3	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	Frequência Respiratória	Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório		
Sessão 3	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	Frequência Respiratória	Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório		

2.2. Exame Neurológico

		Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
Consciência	- Vigília; - Abertura dos olhos; - resposta verbal; - resposta motora a ordens simples/complexas e sua consistência				
Orientação					
Tempo					
Espaço					
Pessoa					
MoCA <i>Data</i> Valor obtido no campo Orientação					
Memória					
M. de trabalho					
M. a curto prazo					
M. retrógrada					
<ul style="list-style-type: none"> - Memória de trabalho: avaliação com a repetição imediata de 3 palavras. - Memória a curto prazo: capacidade em recordar 3 palavras mencionadas cerca de 5 minutos antes. Podem ser dadas pistas caso apresente dificuldades. - Memória retrógrada: capacidade de descrever eventos da sua vida (ex.: profissão), esposa e dos filhos; 					
MoCA <i>Data</i> Valor obtido no campo Memória					
Atenção					
Atenção seletiva					
Atenção focada					
Atenção mantida					
Atenção dividida					
Atenção alternada					

- **Atenção seletiva:** capacidade de manter o foco na atividade quando surgem outros estímulos externos irrelevantes.
- **Atenção focada:** resposta básica ao estímulo (por exemplo, girar a cabeça, para o estímulo auditivo).
- **Atenção mantida:** capacidade de manter o foco ao longo do tempo durante uma atividade contínua (vigilância) e a capacidade de sustentação ativa da informação (memória de trabalho). mesmo sem surgir outro estímulo externo, sendo necessário solicitar a sua colaboração várias vezes durante a atividade/interação.
- **Atenção dividida:** capacidade de realizar duas atividades em simultâneo.
- **Atenção alternada:** capacidade de alternar o foco entre duas tarefas (exemplo alternar entre uma atividade escrita e uma atividade de leitura).

MoCA || Data || Valor obtido no campo **Atenção**

		Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
Negligência Unilateral (segundo domínio espacial)	Egocêntrica (em relação à linha média do corpo)				
	Alocêntrica Peripessoal (ambiente dentro do alcance funcional)				
	Alocêntrica Extrapessoal (ambiente fora do alcance funcional)				
Negligência Unilateral (segundo sistemas acometidos)	Sensorial Agnosia visual Agnosia auditiva Astereognosia				
	Motor Apraxia				
	Representacional (ignora a metade das imagens contralaterais à lesão cortical geradas internamente)				

Capacidades práticas

- **Apraxia construtiva:** incapacidade para copiar desenhos.
- **Apraxia ideomotora:** não conseguem copiar os movimentos ou fazer gestos quotidianos, simbólicos, como acenar com a cabeça ou acenar com a mão.
- **Apraxia ideacional:** incapacidade na realização de ações complexas que requerem planeamento, como vestir-se, enviar uma mensagem no telemóvel ou preparar uma refeição.

MoCA || Data || Valor obtido no campo **Visuo-espacial/Executiva**

		Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
Testes tipo papel-caneta Negligência Espacial Unilateral Egocêntrica e Alocêntrica					

<i>Star Cancellation Test</i>				
<i>Albert Test</i>				
<i>Line Bisection</i>				
Desenho do relógio				
<i>Ota Cancellation Test</i>				
Teste de cópia de um desenho				
Funções Executivas				
- Solicitar realização de atividades (ex.: “beber este copo de água”; “pentear o cabelo”; “colocar a manteiga no pão”; vestir-se; tomar banho)				
MoCA Data Valor obtido no campo Visuo-espacial/Executiva				
Linguagem				
Nomeação				
Repetição				
Compreensão				
Fluência				
Leitura				
Escrita				
MoCA Data Valor obtido no campo Linguagem + Nomeação + Evocação Diferida				
Discurso				
Disartria flácida (fala aspirada, suave e imprecisa - lesões neurónio motores inferiores)				
Disartria espástica (fala desarticulada, sem coordenação - lesões neurónio motores superiores)				
M – Mantido A – Alterado NT – Não Testado				

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

	Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
<p>1.a – Nível de Consciência</p> <p>0 – Vígil 1 – Não vígil, mas facilmente despertável (estímulo motor) 2 – Não vígil, requerendo estimulação repetida para responder 3 – Não vígil, respondendo apenas com movimentos reflexos/sem resposta</p>				
<p>1.b – Orientação</p> <p>0 – Responde a ambas as questões corretamente 1 – Executa apenas uma das questões de forma correta 2 – Não executa nenhuma das tarefas de forma correta</p>				
<p>1.c – Cumprimento de ordens simples</p> <p>0 – Executa as duas tarefas pedidas de forma correta 1 – Executa apenas uma das questões de forma correta 2 – Não executa nenhuma das tarefas de forma correta</p>				
<p>2. Movimentos Oculares</p> <p>0 – Normal 1 – Parésia parcial do olhar conjugado (sem desvio forçado) 2 – Desvio forçado do olhar ou paralisia completa</p>				
<p>3. Campos Visuais</p> <p>0 – Sem déficit visual 1 – Hemianópsia parcial 2 – Hemianópsia total 3 – Hemianópsia bilateral (cegueira, incluindo cegueira cortical)</p>				
<p>4. Paralisia Facial</p> <p>0 – Movimento simétrico normal (sem parésia facial) 1 – Paralisia minor (apagamento sulco nasogeniano) 2 – Paralisia completa ou quase completa (inferior) 3 – Ausência de movimento na hemiface (superior e inferior)</p>				
<p>5. e 6. Motricidade dos membros</p> <p>0 – Normal (sem queda, membro a 90° ou 45° durante 10 seg) 1 – Queda (segura a 90° mas cai antes 10 seg; não bate na cama) 2 – Algum esforço contra gravidade (membro cai na cama) 3 – Sem movimento contra gravidade 4 – Sem movimento</p>	5a MSE			
	5b MSD			
	6a MIE			
	6b MID			
<p>7. Ataxia segmentar</p> <p>0 – Ausente 1 – Presente num membro 2 – Presente nos dois membros</p>				
<p>8. Sensibilidade</p> <p>0 – Normal (sem perda de sensibilidade)</p>				

1 – Perda de sensibilidade ligeira a moderada 2 – Perda severa ou total de sensibilidade				
9. Linguagem 0 – Normal (sem afasia) 1 – Afasia ligeira a moderada 2 – Afasia Severa 3 – Mutismo (afasia global)				
10. Disartria 0 – Articulação normal 1 – Disartria ligeira 2 – Disartria severa ou quase ininteligível				
11. Extinção e inatensão 0 – Normal 1 – Extinção ou inatensão de uma modalidade na estimulação simultânea (visual, tátil, auditiva) 2 – Hemi-inatensão profunda ou extinção de mais do que uma modalidade				
Total				

2.2.1. Funções Cognitivas

<p>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</p> <p>Score = <u> 30 </u> Índice de Memória = <u> </u>/15</p> <p><i>Data</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Alternância Conceptual (<i>Trail Making Test - Parte B adaptado</i>) • Capacidades Visuo-construtivas (Cubo) • Capacidades Visuo-construtivas (Relógio)
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos três animais apresentados como ilustração
<ul style="list-style-type: none"> • Sequência numérica em sentido direto e inverso • Concentração – Enunciação de sequência de letras e a pessoa assinala com o bater da mão, quando ouve a letra A. • Sequência de subtração
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar semelhanças entre dois conjuntos de 2 objetos
<ul style="list-style-type: none"> • Repetição de 2 frases
<ul style="list-style-type: none"> • Repetição de 5 palavras
<ul style="list-style-type: none"> • Evocação diferida
<ul style="list-style-type: none"> • Questões sobre o tempo e espaço
<p>Nota: Acresce um ponto por escolaridade inferior ou igual ao 12º ano.</p>

2.2.2. Pares Cranianos

	Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
Olfativo (I)				
Ótico (II)				
Oculomotor (III)				
Patético (IV)				
Motor Ocular Comum (VI)				
Trigêmio (V)				
Facial (VII)				
Acústico (VIII)				
Glossofaríngeo (IX)				
Hipoglosso (XII)				
Vago (X)				
Espinhal (XI)				

M – Mantido | **A** – Alterado | **NT** – Não Testado

2.2.3. Avaliação da Sensibilidade

<i>Data</i>		Face 1º andar		Face 2º andar		Face 3º andar		Membros Superiores		Tronco		Membros Inferiores	
		Oftálmico		Maxilar		Mandibular							
		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Sensibilidade superficial	Tátil												
	Dolorosa												
	Térmica												
Sensibilidade profunda	Vibratória (Palestesia)												
		Observações					Dta.		Esq.				
	Discriminativa	Barestesia (Pressão)											
		Batiestesia (Posição segmentar)											
		Estereognósica											
Grafoestésica													

M – Mantido | **D** – Diminuído | **A** – Ausente | **NT** – Não Testado

2.2.4. Avaliação da Força Muscular

Escala de Avaliação da Força Muscular (<i>Medical Council Research</i>)									
		Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4	
		<i>Data</i>		<i>Data</i>		<i>Data</i>		<i>Data</i>	
Segmentos	Movimentos								
Cabeça e Pescoço	Flexão								
	Extensão								
	Flexão Lateral Esquerda								
	Flexão Lateral Direita								
	Rotação								
Membro Superior		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão								
	Extensão								
	Abdução								
	Adução								
	Rotação externa								
	Rotação interna								
Cotovelo	Flexão								
	Extensão								
Antebraço	Supinação								
	Pronação								
Punho	Flexão palmar								
	Dorsi-flexão								
	Desvio radial								
	Desvio cubital								
	Circundação								
Dedos da mão	Flexão								
	Extensão								
	Abdução								
	Adução								
	Circundação								
	Oponência do polegar								
Membro Inferior		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Coxo-femural	Flexão								
	Extensão								
	Abdução								
	Adução								
	Rotação externa								
	Rotação interna								
Joelho	Flexão								
	Extensão								
Tíbio-társica	Flexão plantar								
	Flexão dorsal								
	Inversão								
	Eversão								
Dedos do pé	Flexão								
	Extensão								
	Abdução								

Adução

Legenda – Escala Medical Council Research

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma

resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento muscular das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento

NT- Não testado

2.2.5. Avaliação da Coordenação Motora

	Sessão 1 Data			Sessão 2 Data			Sessão 3 Data			Sessão 4 Data		
	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez
Prova dedo-nariz olhos abertos												
Prova dedo-nariz olhos fechados												
Alternância da palma da mão												
Prova calcunar- joelho												
B – Bom R – Razoável D – Deficiente A – Ausente NT – Não Testado												

2.2.6. Avaliação do Equilíbrio

	Sessão 1 Data		Sessão 2 Data		Sessão 3 Data		Sessão 4 Data	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Posição sentado								
Posição ortostática								
B – Bom R – Razoável D – Deficiente A – Ausente NT – Não Testado								

2.3. Avaliação da Deglutição

Gugging Swallowing Screen (GUSS) Instrumento de Triagem da Disfagia <i>Data</i>				
1ª FASE – Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição				
		SIM	NÃO	
Vigilância	Paciente alerta por mais de 15 minutos			
Vigilância voluntária e/ou clearance	- Tosse Voluntária - Deve Tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta			
Deglutição da saliva	- Deglute com êxito			
	- Sialorreia			
	- Mudança Vocal			
Total 1 a 4 – Parar na 1ª fase 5 – Continuar para a 2ª fase				
2ª FASE – Teste direto da deglutição				
		*Pastosos	**Líquidos	*** Sólidos
Deglutição	- A ingestão não é possível			
	- Aumento do tempo de deglutição (> 2 seg) (sólidos texturas > 10 seg)			
	- Ingestão de sucesso			
Tosse (involuntária/reflexa) Antes, durante e após a deglutição – até 3 min mais tarde	SIM			
	NÃO			
Sialorreia	SIM			
	NÃO			
Alteração da Voz	SIM			
	NÃO			
Total	Soma			
	Instrução	Soma 1-4 Pesquisar	Soma 1-4 Pesquisar	Soma 1-4 Pesquisar

NOTA: Como refere Braga (2020), devem ser identificados os sinais de alerta e a ponderada a sua gravidade, de modo a realizar um juízo clínico e uma tomada de decisão fundamentada para prosseguir para a avaliação direta contemplada na segunda fase da

escala de Guss. Assim, o mesmo autor (2020) defende que para além dos sinais inscritos na primeira fase de aplicação da escala, devem ainda ser considerados os seguintes:

- Parésia facial do andar inferior muito acentuada,
- hipostesia/anestesia da face,
- Desvio da língua,
- Rouquidão, hipofonia, afonia, voz anasalada, voz bitonal,
- Gorgolejo,
- Regurgitação nasal,
- Diminuição ou abolição do reflexo de vômito,
- Desvio da úvula,
- Hipotonia da úvula.

2.4. Avaliação Funcional Respiratória

	Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
Inspeção Δ Estática: - cianose periférica - simetria tórax - deformidades Δ Dinâmica: - ritmo - padrão - profundidade - simetria				
Palpação - Traqueia na linha média - Expansibilidade - Frémito tóraco-vocal				
Percussão				
Auscultação Murmúrio Vesicular				
Auscultação Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)				
Tosse				
Características das secreções				

**Escala de Dispneia
de Borg
Modificada**

2.5. Avaliação das Atividades de Vida Diárias

Níveis	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada: 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo participa $\geq 75\%$) 3 – Ajuda moderada (indivíduo participa $\geq 50\%$) Dependência completa: 2 – Ajuda máxima (indivíduo participa $\geq 25\%$) 1 – Ajuda total (indivíduo participa $\leq 25\%$)	Ajuda

Medida de Independência Funcional (MIF)

	Sessão 1 <i>Data</i>	Sessão 2 <i>Data</i>	Sessão 3 <i>Data</i>	Sessão 4 <i>Data</i>
Autocuidados				
Alimentação				
Higiene Pessoal				
Banho				
Vestir metade superior				
Vestir metade inferior				
Utilização da sanita				
Controlo de Esfincteres				
Bexiga				
Intestino				
Transferências				
Leito, cadeira, cadeira de rodas				
Sanita				
Banheira, chuveiro				
Locomoção				
Marcha/cadeira de rodas				
Escadas				
Comunicação				
Compreensão				
Expressão				
Cognição Social				
Interação Social				
Resolução de problemas				

Memória				
Total				

2.6. Risco Úlcera por Pressão

Escala de Braden				
	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4
	<i>Data</i>	<i>Data</i>	<i>Data</i>	<i>Data</i>
Percepção Sensorial				
Humidade				
Atividade				
Mobilidade				
Nutrição				
Forças de deslizamento/fricção				
Total				

ANEXO XV – ESTUDO DE CASO



**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM - AREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Estudo de Caso I:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa
com alterações cognitivas decorrentes do AVC

Tema do Relatório de Estágio

Reabilitação Cognitiva à pessoa com Acidente Vascular Cerebral:
intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de
reabilitação

Ana Patrícia Chastres Nunes



**Lisboa
2021**

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MMSE – Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Projeto de Estágio

PFC – Parésia Facial Central

PFCE ou PFCD – Parésia Facial Central Esquerda ou Direita

RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RSL – Revisões Sistemáticas da Literatura

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SNC – Sistema Nervoso Central

SNG – Sonda Nasogástrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2. ANAMNESE	19
2.1. Colheita de dados.....	19
3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	20
3.1. Avaliação objetiva – Parâmetros Vitais	20
3.2. Exame Neurológico.....	21
3.2.1. Funções Cognitivas.....	25
3.2.2. Pares Cranianos	26
3.2.3. Avaliação da Sensibilidade.....	26
3.2.4. Avaliação da Força Muscular	27
3.2.5. Avaliação da Coordenação Motora.....	28
3.2.6. Avaliação do Equilíbrio	28
3.3. Avaliação da Deglutição	29
3.4. Avaliação Funcional Respiratória	29
3.5. Avaliação das Atividades de Vida Diárias	31
3.6. Risco Úlcera por Pressão	32
4. ANÁLISE DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO	29
5. DIAGNÓSTICO E PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
BIBLIOGRAFIA	38

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso surge como componente do modelo de formação preconizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do XI Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Segundo o Guia orientador estágio com relatório (2020) da Unidade Curricular, este modelo é “baseado na reflexão sobre a ação, que permita o formando olhar o seu agir, repensar e reconfigurar as suas práticas de cuidados à luz das diferentes dimensões que incorporam o cuidado de enfermagem”.

O objetivo da Enfermagem de Reabilitação é prevenir, recuperar e habilitar “de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação referênciada, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem o, que provoquem déficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade” (OE, 2018). Do meu interesse sobre o déficit funcional cognitivo, surge a opção pela escolha do local de Ensino Clínico numa Unidade de AVC, considerando que poderá proporcionar oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional para aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de Reabilitação.

A realização do presente Estudo de Caso, surge da necessidade de reflexão sobre a experiência da minha prática clínica, ambicionando que, enquanto documento de avaliação, **evidencie o processo de tomada de decisão e as competências adquiridas enquanto estudante de Enfermagem de Reabilitação**. Considerando que a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação baseia-se na “conceção, implementação, monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados”, através da “identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo no âmbito da funcionalidade”, optei por estruturar a apresentação deste estudo de caso, assente nestes pressupostos (OE, 2018).

Posto isto, o estudo de caso apresenta-se dividido nos seguintes capítulos: **(1)Enquadramento Teórico; (2)Anamnese; (3)Avaliação de Enfermagem de Reabilitação; (4)Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação; (5)Plano de cuidados e (6)Considerações finais**.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo surge da necessidade de enquadrar o motivo de internamento do Sr. J.N. na Unidade de AVC de um hospital central de Lisboa, do ponto de vista fisiopatológico da lesão e dos princípios de subjacentes ao processo de reabilitação, que permitem sustentar a minha conduta na avaliação, planeamento e execução do programa de reabilitação.

Diagnóstico de admissão: Hematoma lenticular direito agudo

1.1. Acidente Vascular Cerebral

Com o aumento da esperança média de vida na Europa, prevê-se que em 2050, cerca de 27% da população terá mais de 65 anos (WHO, 2012). Embora se constitua como um indicador muito positivo e que traduz o progresso e desenvolvimento tecnológico e científico na área de saúde e assistencial da população, associado ao processo natural de envelhecimento, assiste-se a uma deterioração gradual da funcionalidade da pessoa. Assim, estamos perante uma realidade desafiante na manutenção do bem-estar e da funcionalidade do idoso, prolongando a sua independência nas atividades de vida diária e reduzindo o risco ou protelando a sua institucionalização (Cogollor et al, 2018). No entanto, este declínio cognitivo e funcional poderá estar associado a um evento súbito, como no Acidente Vascular Cerebral (AVC). Acresce a esta informação, que em indivíduos acima dos 65 anos de vida, o risco de AVC duplica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2020), a segunda causa de morte em 2019 foi o AVC, correspondendo a um total de 11% do total de mortes nesse ano. Segundo Donkor (2018), o impacto desta doença na sociedade, não está apenas relacionada com a mortalidade, mas com a morbilidade associada, em que 50% dos sobreviventes, permanecem com alterações da sua funcionalidade/dependência, tratando-se de um problema bastante expressivo de saúde pública com impacto socio-económico.

1.1.1. Síndromes dos Territórios Vasculares

Anatomicamente o núcleo lenticular é uma estrutura cerebral localizada abaixo e fora do núcleo caudado, sendo parte constituinte dos núcleos da base, cuja sua principal função é a aprendizagem e o controlo motor (Sierra et al., 2019).

Num estudo de Giroud et al (1997) foram analisados casos clínicos com diagnóstico de enfarte lenticular, tendo sido identificados síndromes coincidentes com lesão desta região anatómica. Sumariamente, neste estudo (1997) são reportadas as seguintes alterações motoras: **distonia** sobretudo dos membros superiores; **chorea** (disquinésia, caracterizada pela contração breve e irregular que não são repetitivas ou rítmicas, mas que parecem passar de um músculo

para outro na sua proximidade); **síndrome parkinsonico** com aquinesia e rigidez (mais predominante à esquerda); alterações do comportamento como **abulia** (perda de iniciativa mental e motora ou apatia); **disfasia** (hipofonia, parafasias com repetição preservada); **acalculia**; **apraxia**; **alterações da memória**; **confusão**; **hemineglect**; **anosognosia** (incapacidade de compreender e reconhecer o seu défice neurológico ou psiquiátrico); **asomatognosia** (incapacidade de reconhecimento de uma parte do seu corpo).

Lesão Lenticular

- **distonia**
- **síndrome parkinsonico**
- **acalculia**
- **apraxia**
- **memória**
- **confusão**
- **neglect**
- **anosognosia**

A morbidade incidente após o AVC encontra-se relacionada com os défices neurológicos decorrentes do evento, onde as alterações das funções cognitivas também se incluem. Cumming, Marshall & Lazar (2013), corroborado pela *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), referem que a cognição não é um conceito unitário e que inclui múltiplos domínios, nomeadamente, a **atenção** (mudar, partilhar ou manter a atenção num estímulo ou tarefa específica), a **execução** (planear, pensamento abstrato, organizar os pensamentos, controlar e inibir), alteração da **perceção espacial** (aptidão para procurar visualmente informação, desenhar ou recriar imagens visuais, manipulação mental de objetos em 2 ou 3 dimensões, construir), a **memória** (recordar e reconhecer a informação visual e verbal, episódica ou semântica), a **linguagem** (expressão e compreensão, tanto na oralidade como através da escrita).

1.2. Reabilitação à pessoa com AVC

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neurologia, a duração ideal da reabilitação não está definitivamente esclarecida, defendendo-se o início precoce da reabilitação, uma característica fundamental dos cuidados prestados nas unidades de AVC, embora não seja consensual o termo “início precoce”. Considerando as complicações associadas ao AVC, admite-se **o início do programa de reabilitação nas primeiras 24 horas**, consoante a estabilização hemodinâmica do indivíduo e a sua tolerância que, segundo os mesmos autores, citando um estudo de reabilitação nas primeiras 24 horas (Bernhardt et al, 2004, referido por Sociedade Portuguesa de

Neurologia, 2008), não se traduz num aumento de efeitos secundários. Ainda sobre reabilitação numa fase aguda do AVC, a Sociedade Portuguesa de Neurologia (2018) referindo dois estudos de Kwakkel et al (2004) e Langhorne (1996), **constatam a associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, sobretudo do treino das AVD, e a melhoria dos resultados obtidos ao nível da funcionalidade.**

As **alterações da função cognitiva** são frequentes quando nos referimos aos sobreviventes de uma situação de AVC, com impacto negativo na qualidade de vida, ao afetar o desempenho das suas AVD (Farokhi-Sisakht et al, 2019), dado que **podem resultar na diminuição da capacidade de realizar uma tarefa, de a planear, de a iniciar e de solucionar problemas.** Segundo as *guidelines* da *American Stroke Association* (Winstein, C. J. et al, 2016), os défices cognitivos persistem em mais de um terço dos sobreviventes após 3 e 12 meses do AVC. Deste modo, é fundamental a sua inclusão da dimensão cognitiva em programas de reabilitação da pessoa com AVC.

1.2.1. Reabilitação Cognitiva à pessoa com AVC

O cérebro é uma estrutura organizada, constituída com conexões complexas entre áreas predominantemente sensoriais, motoras e cognitivas, pelo que a perda de circuitos neuronais e suas conexões, poderá resultar em défices nesses domínios (Renton, Tibbles e Topolovec-Vranic, 2017). A cognição refere-se aos mecanismos de obtenção, processamento, armazenamento e de operacionalização da informação provinda do ambiente que, como referido anteriormente, inclui vários domínios como a memória, a atenção, a perceção visuo-espacial, funções executivas e linguagem. Deste modo, a reabilitação cognitiva surge como uma dimensão de intervenção na reabilitação da pessoa a vivenciar uma situação de AVC. O seu principal objetivo é melhorar o desempenho dos processos mentais do indivíduo, fomentando o restabelecimento das funções cognitivas ou fornecendo estratégias compensatórias que permitam ao indivíduo identificar, compreender e responder de forma apropriada aos estímulos e informação do meio envolvente (Viola et al, 2011).

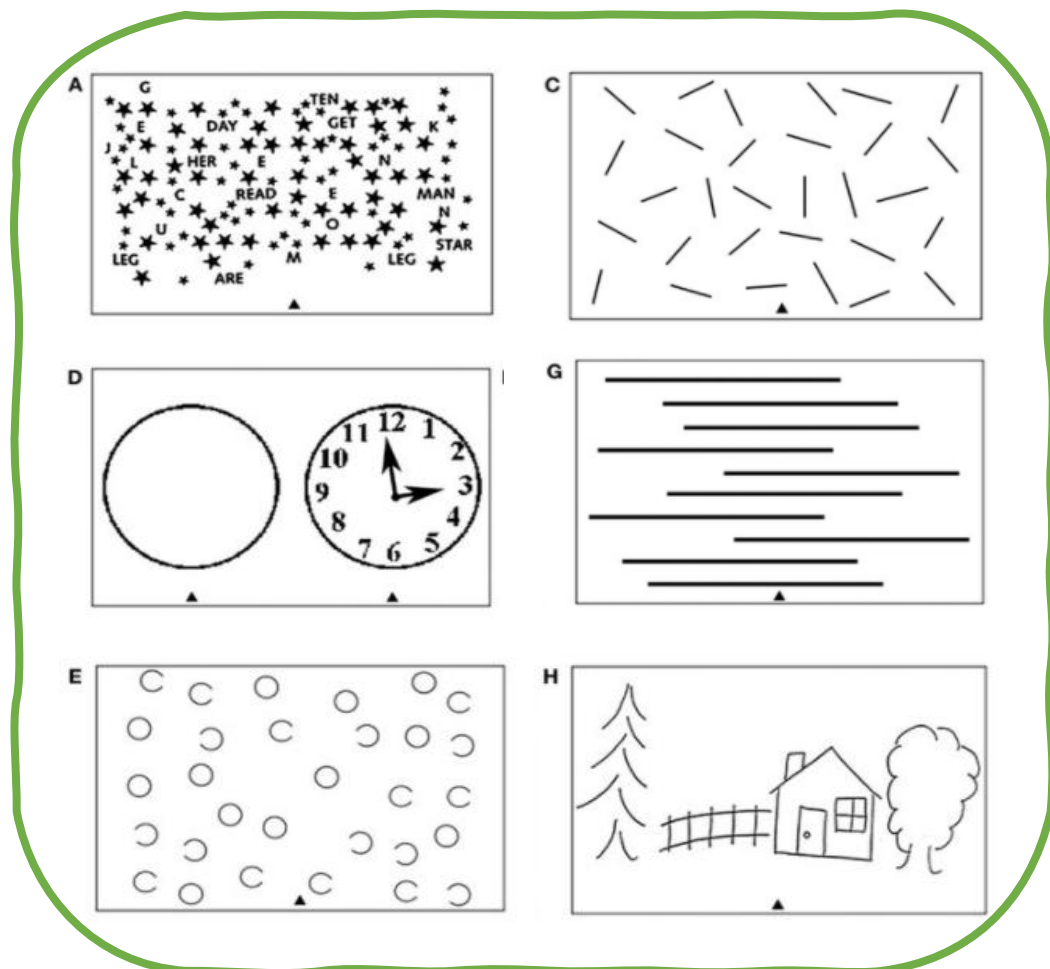
Com o propósito de evidenciar, documentar e monitorizar os resultados obtidos através do exame neurológico prévio, emerge a importância da mobilização de instrumentos/escalas de avaliação do doente com alterações da função cognitiva decorrente do AVC. Segundo as *guidelines* do *World Stroke Organization* do Canadá (Teasell, R. et al, 2020), a recomendação vai ao encontro da utilização do instrumento **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** pela facilidade de aplicação em contexto de prática clínica em momentos de prestação direta de cuidados (“*the patient’s bed-side*”), podendo ser a avaliação complementada com o MMSE (*Mini-Mental State Examination*). O instrumento MoCA é igualmente recomendado pelo

Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2017), como um instrumento de avaliação da disfunção cognitiva ligeira. A sua aplicabilidade tem vindo a ser alargada, surgindo alguns estudos cujos participantes apresentam défice cognitivo decorrente do AVC. Um desses estudos (Abzhandadze et al, 2019), corresponde à utilização da MoCA para avaliação da função cognitiva dos doentes entre 36 a 48 horas após o AVC, de modo a prever a sua dependência funcional após 3 meses do evento: concluiu-se que é possível e que os participantes com scores inferiores a 23, apresentem maior dependência funcional.

Para além deste instrumento e com base na fisiopatologia da lesão do participante deste estudo de caso, foram mobilizados **testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral** relativamente ao espaço extra pessoal numa distância atingível, como o “*Star Cancellation Test*” (A), “*Albert Test*” (C), o desenho do relógio (D) e o “*Line Bisection*” (G). Segundo, Chechlacz, Rotshtein, e Humphreys (2012), estes são alguns exemplos de testes que são utilizados no diagnóstico de sintomas heterogêneos associados à negligência espacial unilateral e que permitem tornar mensurável os défices associados à inatenção numa dimensão egocêntrica (a referência é o próprio, ex. A e D) ou allocêntrica (a referência é a dos objetos que observa, ex. E e H). Tendo por base os mesmos autores (2012), as instruções de aplicação dos testes são as seguintes:

- Testes de cancelamento, como por exemplo “*Star Cancellation Test*” (A): solicitar à pessoa que assinale as estrelas mais pequenas constantes da imagem (manter a folha de papel centrada). Os défices podem ser medidos pela omissão de estrelas assinaladas, tanto do lado direito como no lado esquerdo do papel.
- Teste **do desenho do relógio (D)**: poderão ser solicitados dois exercícios distintos. Num pede-se que sejam colocados os números e os ponteiros numa hora específica, desenhados na face do relógio (o contorno está previamente delimitado). Outro, poderá sugerir-se a cópia da totalidade do relógio a partir de um exemplo disponível (manter a folha de papel centrada). Os défices podem ser avaliados pela capacidade na distribuição adequada dos números na face do relógio, pela colocação dos ponteiros na hora pré-definida ou pela cópia de apenas uma das metades do relógio.
- Teste “*Line Bisection*” (G): solicita-se que a pessoa marque o meio das linhas horizontais presentes na folha. Os défices são quantificados pelo desvio da marca do centro de cada linha.
- “*Ota Cancellation Test*” (E): pedir para assinalar os círculos que estão completos. Os défices devem ser contabilizados pelo número de círculos completos não assinalados, assim como, o número de falsos positivos.

- **Teste de cópia de um desenho:** solicitar a cópia de um desenho constituído por vários elementos, dispostos horizontalmente ao longo da folha, mas que se encontram centrados na folha apresentada. Os défices podem ser valorizados pelas omissões dos objetos presentes na porção direita e/ou esquerda da folha, assim como pelas omissões da porção direita ou esquerda de cada elemento/objeto do desenho.



1.2.2. Neuroplasticidade

A reabilitação cognitiva baseia-se na **neuroplasticidade**. Trata-se da promoção de processos de reestruturação, investindo na capacidade do SNC em modificar-se e reorganizar-se a nível estrutural e funcional, na recuperação da região de penumbra e na mobilização de outras áreas cerebrais não afetadas para assumirem funções das áreas lesadas (Maia, Correia e Leite, 2009). A neuroplasticidade tem sido considerada um mecanismo de recuperação funcional após uma lesão cerebral (Farokhi-Sisakht et al, 2019).

2. ANAMNESE

2.1. Colheita de dados

Nome:	Data de Nascimento:	Idade:	
J.N.		61	
Género:	Naturalidade:	Profissão:	
Masculino	Portuguesa	Reformado de técnico mecânico de aviação	
Estado Civil:	Residência:	Escolaridade:	
Casado	Lisboa	cumpriu o 6º ano	
Agregado familiar:	Condições habitacionais:	Suporte familiar:	
esposa	desconhecem-se	esposa (cuidadora principal)	
Dependência nas Atividades de Vida Diárias:			
Independente			
Antecedentes de saúde			
Hábitos tabágicos:	Hábitos etanólicos:	Outras adições:	Alergias:
não	não	não	desconhecem-se
Co-morbilidades:			
<p># Doença da substância branca de provável etiologia tóxica (assintomática), trabalhou em solventes e cetonas. RM-CE Agosto 2019 revelou “extensa alteração de sinal da substância cerebral frontoparietal, braço posterior da cápsula interna bilateralmente e ainda dos dois terços posteriores do corpo caloso. Enquadrado com a sua atividade profissional, assume-se como provável quadro de leucoencefalopatia tóxica por exposição a químicos (queroseno). Outros diagnósticos diferenciais incluem a exposição a fármacos imunossupressores, de quimioterapia ou outras drogas.” RM-CE Setembro 2020 sobreponível.</p> <p># Síndrome depressivo.</p>			
Terapêutica habitual/ambulatório:			
Escitalopram			

Internamento na Unidade de AVC

Data de admissão: 13.12.2020

Diagnóstico Principal: Hematoma lenticular direito.

Motivo de Internamento: Internado para vigilância.

História da situação de doença atual - (registos consultados no diário clínico)

Admissão:

O Sr. J.N. encontrava-se aparentemente bem até cerca das 21h30 do dia 13.12.2020, quando inicia quadro de diminuição da força muscular à esquerda com assimetria da face, presenciado pela esposa. A esposa contacta o INEM e é ativada Via Verde – AVC pelo CODU.

Na sala de TAC, vígil e orientado, colaborante, *neglect* esquerdo, desvio do olhar e da cabeça para a direita, realiza a levoversão completa, aparente hemianopsia homónima esquerda, parésia facial central esquerda, hemiparesia esquerda com força antigravítica mantida mas incapaz de manter postura. Hemihipostesia esquerda. O TAC-CE revela o diagnóstico de hematoma lenticular direito. Por agitação, não fez angioTC. Fica internado da Unidade de AVC para vigilância.

1º dia de internamento

Olhar preferencial para a direita, mas sem limitação na levoversão. Sem aparente défice campimétrico, Parésia Facial Central (PFC) esquerda. Disartria ligeira. Discurso fluente, nomeia e cumpre ordens. FM grau 1 no MSE e grau 2 no MIE. Ligeira dismetria no MSD. Sem hipostesia. *Neglect* visual e sensitivo; hemianatenção. NIH 13.

Realizou RM-CE, que comparativamente com o estudo TAC anterior de 13.12.2020, observa-se aumento dimensional da lesão hemorrágica aguda hemisférica cerebral profunda e **insular direita**, sobretudo por maior expressão do -seu componente edematoso e do componente lesional isodenso da sua vertente superior e interna. Discretas hiperdenidades hemáticas agudas aparentemente na vertente mais externa da cisterna pentagonal e na cisterna interpeduncular. Globalmente é **superior o efeito de massa** observado, com **maior grau de apagamento dos sulcos corticais hemisféricos cerebrais à direita, maior colapso do ventrículo lateral direito e desvio das estruturas da linha média** (cerca de 5mm ao nível dos foramina de Monro).

(Segunda avaliação do dia) Mantém-se vígil, disártrico, hemianopsia homónima esquerda, parésia facial central esquerda, hemiparésia esquerda com plégia do MS e FM G2/3 no MI, anosognósico.

2º dia de internamento

Sonolento (fez 10mg de Haldol durante a noite), orientado nas 3 vertentes. Cumpre ordens, discurso fluente, com disartria ligeira. Repete e nomeia 3/3. Olhos fechados, quando

abre verificam-se pupilas isocóricas e reativas. Olhar preferencial para a direita. Sem aparente défice campimétrico por reflexo de ameaça, mas de difícil avaliação. Parésia facial esquerda. Protusão da língua na linha media com desvio direito. Plégia no MSE e com FM grau 2 no MIE. Discreta hipostesia no hemicorpo esquerdo. Neglect tátil e provável/visual mas de difícil avaliação hoje. NIH 13.

AngioTC sem malformações aparentes.

Do ponto de vista neurológico, vígil, orientado, disgnóstico, sem oftalmoparésias, sem defeito campimétrico, paresia facial central esquerda, disartria percetível, hemiparesia esquerda com plégia do membro superior e força anti gravítica com manutenção de postura com o inferior, sem defeito sensitivo, sem extinção visual, extinção tátil.

3º dia de internamento

Olhar preferencial para a direita. PFC ligeira esquerda. Disartria ligeira. Anosognóstico. FM grau 3 no MIE e grau 2 no MSE. Neglect visual e sensitivo.

4º dia de internamento (último dia de internamento com alta para outro serviço hospitalar)

Doente sonolento, facilmente despertável a estimulação verbal, orientado T/E e autopsiquicamente, cumprindo ordens, anosognóstico, hemianopsia homónima esquerda (pelo reflexo à ameaça), parésia facial tipo central esquerda, hemiplegia e hipoestesia esquerda.

TAC-CE: apreciação comparativa a estudo prévio, efetuado há cerca de 46 horas, é sobreponível a expressão dimensional e densitométrica do hematoma intraparenquimatoso lentículo-capsular direito com extensão insular e frontal ipsilateral. É, contudo, **discretamente maior a expressão volumétrica da área de edema** circundante, aspeto que se acompanha de **incremento do respetivo efeito de massa**, que se traduz por moldagem/compressão do ventrículo lateral direito, **discreto aumento do grau de moldagem do terceiro ventrículo e aumento milimétrico do desvio contralateral de estruturas da linha média** (quantificado em cerca de 5mm ao nível dos foramina de Monro VS cerca de 4 mm no exame de referência).

3. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1. Avaliação objetiva – Parâmetros Vitais

14.12.2020	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	133/80 mmHg	83 bpm	36,5 °C	0	113
	Frequência Respiratória		Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório	
	22		96%	Eupneico	

16.12.2020	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	147/77 mmHg	74 bpm	36,7 °C	0	104
	Frequência Respiratória		Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório	
	21		97%	Eupneico	

17.12.2020	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Temperatura	Dor	Glicémia Capilar
	149/76 mmHg	85 bpm	36,9 °C	0	121
	Frequência Respiratória		Saturação Periférica de Oxigênio	Padrão Respiratório	
	22		96%	Eupneico	

3.2. Exame Neurológico

	14.12.2020	15.12.2020	16.12.2020	17.12.2020
Consciência	Vígil, com abertura espontânea dos olhos, comunicativo, cumpre ordens simples e complexas de forma consistente.	Vígil, com abertura espontânea dos olhos, comunicativo, cumpre ordens simples e complexas de forma consistente.	Alterna períodos de vigília com períodos de sonolência, mas facilmente despertável. Cumpre ordens simples e ordens	Períodos de sonolência, mas facilmente despertável. Cumpre ordens simples. Cumpre ordens complexas de forma não

			complexas. Pouco comunicativo.	consistente. Pouco comunicativo.
Orientação				
Tempo	M	M	M	A
Espaço	M	M	M	A
Pessoa	M	M	M	M
Aplicada MoCA no dia 17.12, quantificando-se as alterações ao nível da orientação, identificadas durante o exame neurológico (ver Anexo I).				
Memória				
M. de trabalho	M	M	M	A
M. a curto prazo	M	M	A	A
M. retrógrada	M	M	M	M
<p>Durante o internamento identifica-se a instalação progressiva do défice da memória, coincidente com a evidência de períodos de maior sonolência e défice de atenção progressivamente mais acentuado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14.12, memória de trabalho preservada com a repetição imediata de 3 palavras, no entanto, a dia 17.12 apresenta dificuldade em recordar-se das palavras, sendo necessário repetir as instruções do exercício. - 14.12, memória a curto prazo sem alterações na primeira avaliação. A 17.12 constata-se memória a curto prazo com alterações, identificadas pela incapacidade em recordar 3 palavras mencionadas cerca de 5 minutos antes, ultrapassado com o fornecimento de pistas. - 14.12, memória retrógrada mantida, avaliado através da descrição de eventos da sua vida (ex.: profissão), esposa e dos filhos; <p>Confirmadas alterações da memória com a aplicação do instrumento MoCA no dia 17.12.</p>				
Atenção				
<p>A semelhança do défice de memória, que progressivamente se foi instalando, também o défice de atenção foi mais evidente no último dia de internamento, sendo que ao quarto dia, apresentou pior desempenho na avaliação efetuada.</p> <p>A atenção seletiva encontra-se comprometida. O J.N. alterna a abertura ocular espontaneamente ou ao estímulo verbal, dirigindo o olhar no sentido do estímulo quando proveniente do lado direito. Contrariamente, quando os estímulos táteis ou auditivos têm origem sobre o seu lado esquerdo, são na sua maioria negligenciados, sendo necessário reforçar o estímulo ou solicitar a sua atenção para o mesmo. Mantém preferencialmente atenção dirigida para o seu lado direito.</p> <p>A atenção focada encontra-se alterada, demonstrando dificuldade em manter o foco quando surge mais do que um estímulo externo.</p> <p>A atenção mantida está alterada, evidente durante a avaliação neurológica, incluindo durante a aplicação dos instrumentos de rastreio cognitivo. Foi necessário solicitar a sua colaboração diversas vezes durante os momentos de interação, situação agravada no último dia de internamento, em que também se encontrava mais sonolento.</p> <p>A atenção dividida também se encontra comprometida por foi incapaz de manter os olhos fechados quando pedido e realizar uma atividade de reconhecimento de sons, por exemplo.</p> <p>A atenção alternada encontra-se alterada, quantificável através da aplicação do MoCA no exercício de <i>Trail Making Test</i> e nos respetivos exercícios do campo da “Atenção” do mesmo instrumento.</p> <p>Presente extinção à esquerda, quando aplicado estímulo visual, tátil e auditivo do lado esquerdo. Apresenta inatensão espacial e sensorial.</p>				

Foram mobilizados **testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral** (ver os Anexos de II ao VI) relativamente ao espaço extra pessoal numa distância atingível, como o “*Star Cancellation Test*”, “*Albert Test*”, o desenho do relógio e o “*Line Bisection*”, de modo a mensurar os défices associados à inatenção. Verificou-se a existência de uma negligência egocêntrica (a referência é o próprio), estando a aloctêntrica (a referência é a dos objetos) preservada. Para as dificuldades e erros cometidos pelo J.N. na execução dos testes, está relacionado também com o défice de atenção descrito anteriormente.

Linguagem

Nomeação	M	M	M	M
Repetição	M	M	M	M
Compreensão	M	M	M	M
Fluência	M	M	M	M
Leitura	M	M	M	M
Escrita	M	M	M	M

Discurso

Aplicada escala NIHSS no dia 16.12 e 17.12, que inclui a identificação de alterações da produção motora de palavras. Assim, foi solicitando que o Sr. J.N. lesse a lista de palavras e as repetisse, confirmando a presença de uma voz arrastada e hipofónica, mais exacerbado nas últimas palavras da lista (que apresentam maior número de sílabas).

Foi complementada esta avaliação, pedindo a repetição de frases simples, com poucos vocábulos e palavras pouco complexas com poucas sílabas e de fácil articulação, como por exemplo: “levar o lixo à rua” e “está um lindo dia de sol”. Procedeu-se da mesma forma, mas com frases/expressões mais complexas, como por exemplo: “brigada de artilheiros”.

Manteve de dia 14.12 a 17.12 presença de **disartria ligeira**, perceptível a maior parte do conteúdo do discurso.

Funções Executivas

Durante o internamento não se identificaram alterações da função executiva, quando realizadas atividades relacionadas com o autocuidado. Considera-se que o J.N. não tem indicação para levante pela sua situação clínica, dado que os controlos imagiológicos traduzido nos achados do exame neurológico ao longo do internamento, revelaram agravamento ligeiro da lesão. Neste sentido, as atividades relacionadas com o autocuidado, foram circunscritas ao leito e com participação limitada do J.N.

Capacidades práticas

Durante o internamento:

- Evidência de **apraxia construtiva**: incapacidade de desenhar figuras geométricas, quando aplicada MoCA.

- Evidência de **apraxia ideomotora na elevação palpebral**, com dificuldade na abertura ocular.

Após demonstração com movimento passivo de como efetuar a abertura assistindo-o no movimento, verifica-se sucesso nas 2-3 tentativas seguintes. Espontaneamente apresenta momentos de sucesso na realização do movimento, podendo estar relacionado com a inatenção. Para outros gestos simples, sem utilização de objetos, consegue sequenciar movimentos de “lavar os dentes”, “escovar o cabelo” e “beber a água pelo copo”, não se identificando outras situações de apraxia ideomotora.

- Sem evidência de **apraxia ideacional**, pois mantém preservada a capacidade de interagir com os objetos tendo em conta a sua função.

M – Mantido | A – Alterado | NT – Não Testado

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

		14.12.2020	15.12.2020	16.12.2020	17.12.2020
1.a – Nível de Consciência					
0 – Vígil 1 – Não vígil, mas facilmente despertável (estímulo motor) 2 – Não vígil, requerendo estimulação repetida para responder 3 – Não vígil, respondendo apenas com movimentos reflexos/sem resposta		0	0	0	1
1.b – Orientação					
0 – Responde a ambas as questões corretamente 1 – Executa apenas uma das questões de forma correta 2 – Não executa nenhuma das tarefas de forma correta		0	0	0	1
1.c – Cumprimento de ordens simples					
0 – Executa as duas tarefas pedidas de forma correta 1 – Executa apenas uma das questões de forma correta 2 – Não executa nenhuma das tarefas de forma correta		0	0	0	0
2. Movimentos Oculares					
0 – Normal 1 – Parésia parcial do olhar conjugado (sem desvio forçado) 2 – Desvio forçado do olhar ou paralisia completa		0	0	0	0
3. Campos Visuais					
0 – Sem déficit visual 1 – Hemianópsia parcial 2 – Hemianópsia total 3 – Hemianópsia bilateral (cegueira, incluindo cegueira cortical)		0	0	0	0
4. Paralisia Facial					
0 – Movimento simétrico normal (sem parésia facial) 1 – Paralisia menor (apagamento sulco nasogeniano) 2 – Paralisia completa ou quase completa (inferior) 3 – Ausência de movimento na hemiface (superior e inferior)		2	2	2	2
5. e 6. Motricidade dos membros	5a MSE	4	4	3	3
	5b MSD	0	0	0	0
	6a MIE	3	3	2	3
	6b MID	0	0	0	0
0 – Normal (sem queda, membro a 90° ou 45° durante 10 seg) 1 – Queda (segura a 90° mas cai antes 10 seg; não bate na cama) 2 – Algum esforço contra gravidade (membro cai na cama) 3 – Sem movimento contra gravidade 4 – Sem movimento					
7. Ataxia segmentar					
0 – Ausente 1 – Presente num membro 2 – Presente nos dois membros		0	0	0	0
8. Sensibilidade					
0 – Normal (sem perda de sensibilidade)		1	1	1	1

1 – Perda de sensibilidade ligeira a moderada 2 – Perda severa ou total de sensibilidade				
9. Linguagem 0 – Normal (sem afasia) 1 – Afasia ligeira a moderada 2 – Afasia Severa 3 – Mutismo (afasia global)	0	0	0	0
10. Disartria 0 – Articulação normal 1 – Disartria ligeira 2 – Disartria severa ou quase ininteligível	1	1	1	1
11. Extinção e inatensão 0 – Normal 1 – Extinção ou inatensão de uma modalidade na estimulação simultânea (visual, tátil, auditiva) 2 – Hemi-inatensão profunda ou extinção de mais do que uma modalidade	1	1	1	1
Total	12	12	11	13

Para complementar a avaliação dos diferentes domínios cognitivos, foi utilizado o instrumento de rastreio para a disfunção cognitiva ligeira: o MoCA, que se encontra em anexo (ver Anexo I) No quadro seguinte, foi elaborada uma análise relativa à aplicação do instrumento e sobre os resultados obtidos.

3.2.1. Funções Cognitivas

<p>Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Score = 11/30 Índice de Memória = 7/15 17.12.2020</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Alternância Conceptual (Trail Making Test - Parte B adaptado) • Capacidades Visuo-construtivas (Cubo) • Capacidades Visuo-construtivas (Relógio) <p>"Visuo-espacial/Executiva": verifica-se uma pontuação de 0/5, o que traduz défice cognitivo associado às funções cognitivas "perceção visuo-espacial" e "funções executivas". Compatível com o diagnóstico clínico e com o exame neurológico efetuado previamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos três animais apresentados como ilustração <p>"Nomeação": verifica-se a pontuação 3/3, o que traduz ausência de alteração da linguagem relativo à "nomeação" de imagens. Compatível com o diagnóstico clínico e com o exame neurológico efetuado previamente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sequência numérica em sentido direto e inverso • Concentração – Enunciação de sequência de letras e a pessoa assinala com o bater da mão, quando ouve a letra A. • Sequência de subtração

<p>"Atenção": verifica-se nos três testes que o compõem, uma pontuação de 1/2 (sequência de números), 1/1 (série de letras), 1/3 (sequência de subtração), o que traduz alteração da função cognitiva relativo à "Atenção". Compatível com o diagnóstico clínico e com o exame neurológico efetuado previamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar semelhanças entre dois conjuntos de 2 objetos
<p>"Abstração": verifica-se uma pontuação de 0/2. Esta componente semântica não traduz alteração da função cognitiva da Linguagem, considerando o diagnóstico clínico e o exame neurológico efetuado previamente. Considera-se que a incapacidade de realização do exercício está relacionada com alteração da função cognitiva "Atenção".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetição de 2 frases
<p>"Linguagem": verifica-se uma cotação de 2/2, o que revela ausência de défice de linguagem relativo à dimensão repetição e compreensão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetição de 5 palavras
<p>"Memória": verifica-se uma pontuação de 0/5, não traduz alteração da função cognitiva da Memória, considerando o diagnóstico clínico e o exame neurológico efetuado previamente. Considera-se que a incapacidade de realização do exercício está relacionada com a alteração da função cognitiva "Atenção".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evocação diferida
<p>"Índice de Memória (sub-resultado)": verifica-se uma pontuação de 7/15, o que comprova a alteração no desempenho do exercício, no entanto, considerando o diagnóstico clínico e o exame neurológico efetuado previamente, não permite confirmar o défice cognitivo da Memória, atribuindo-se a dificuldade no desempenho do exercício ao défice cognitivo da "Atenção".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questões sobre o tempo e espaço
<p>"Orientação": verifica-se uma pontuação de 2/6, não traduz alteração da orientação, considerando o diagnóstico clínico e o exame neurológico efetuado previamente, em que o Sr. J.A. encontrava-se orientado nas dimensões auto e alo psíquicas. Considera-se que a incapacidade de realização do exercício está relacionada com alteração da função cognitiva "Atenção".</p>
<p>Nota: Acresce um ponto por escolaridade inferior ou igual ao 12º ano.</p>

3.2.2. Pares Cranianos

	14.12.2020	15.12.2020	16.12.2020	17.12.2020
Olfativo (I)	NT	NT	NT	NT
Otíco (II)	M	M	M	M
Oculomotor (III)				
Patético (IV)				
Motor Ocular Comum (VI)	M	M	M	M
Trigémio (V)	A (1)	A (1)	A (1)	A (1)
Facial (VII)	A (2)	A (2)	A (2)	A (2)

Acústico (VIII)	NT	NT	NT	NT
Glossofaríngeo (IX)	A (4)	A (4)	A (4)	A (4)
Hipoglosso (XII)				
Vago (X)	A (3)	A (3)	A (3)	A (3)
Espinhal (XI)	M	M	M	M

1 – Hemihipostesia esquerda com componente facial.

2 – Parésia Facial Central Esquerda.

3 – Reflexo de vômito diminuído.

4 – Úvula hipotónica e com desvio para a direita. Protusão da língua com desvio para a esquerda.

M – Mantido | A – Alterado | NT – Não Testado

3.2.3. Avaliação da Sensibilidade

Data: 14.12.2020		Face 1º andar		Face 2º andar		Face 3º andar		Membros Superiores		Tronco		Membros Inferiores		
		Oftálmico		Maxilar		Mandibular								
		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	
Sensibilidade superficial	Tátil	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	
	Dolorosa	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	
	Térmica	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	
Sensibilidade profunda	Vibratória (Palestesia)	NT												
		Observações					Dta.		Esq.					
	Discriminativa	Barestesia (Pressão)						M		D				
		Batiestesia (Posição segmentar)						M		D				
		Estereognósica						M		D				
Grafoestésica							M		D					

M – Mantido | D – Diminuído | A – Ausente | NT – Não Testado

Data: 16.12.2020		Face 1ºandar		Face 2ºandar		Face 3ºandar		Membros Superiores		Tronco		Membros Inferiores	
		Oftálmico		Maxilar		Mandibular							
		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Sensibilidade superficial	Tátil	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
	Dolorosa	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
	Térmica	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
Sensibilidade profunda	Vibratória (Palestesia)	NT											
		Observações					Dta.		Esq.				
	Discriminativa	Barestesia (Pressão)				M		D					
		Batiestesia (Posição segmentar)				M		D					
		Estereognósica				M		D					
Grafoestésica				M		D							
M – Mantido D – Diminuído A – Ausente NT – Não Testado													

Data: 17.12.2020		Face 1ºandar		Face 2ºandar		Face 3ºandar		Membros Superiores		Tronco		Membros Inferiores	
		Oftálmico		Maxilar		Mandibular							
		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Sensibilidade superficial	Tátil	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
	Dolorosa	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
	Térmica	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
Sensibilidade profunda	Vibratória (Palestesia)	NT											
		Observações					Dta.		Esq.				
	Discriminativa	Barestesia (Pressão)				M		D					
		Batiestesia (Posição segmentar)				M		D					
		Estereognósica				M		D					
Grafoestésica				M		D							
M – Mantido D – Diminuído A – Ausente NT – Não Testado													

3.2.4. Avaliação da Força Muscular

Escala de Avaliação da Força Muscular (Medical Council Research)									
		14.12.2020		15.12.2020		16.12.2020		17.12.2020	
Segmentos	Movimentos								
Cabeça e Pescoço	Flexão	5/5		5/5		5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5		5/5		5/5	
	Flexão Lateral Esquerda	5/5		5/5		5/5		5/5	
	Flexão Lateral Direita	5/5		5/5		5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5		5/5		5/5	
Membro Superior		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Escapulo-umeral	Flexão	5	0	5	0	5	2	5	2
	Extensão	5	0	5	0	5	2	5	2
	Abdução	5	0	5	0	5	2	5	2
	Adução	5	0	5	0	5	2	5	2
	Rotação externa	5	0	5	0	5	2	5	2
	Rotação interna	5	0	5	0	5	2	5	2
Cotovelo	Flexão	5	0	5	0	5	1	5	1
	Extensão	5	0	5	0	5	1	5	1
Antebraço	Supinação	5	0	5	0	5	1	5	1
	Pronação	5	0	5	0	5	1	5	1
Punho	Flexão palmar	5	0	5	0	5	1	5	1
	Dorsi-flexão	5	0	5	0	5	1	5	1
	Desvio radial	5	0	5	0	5	1	5	1
	Desvio cubital	5	0	5	0	5	1	5	1
	Circundação	5	0	5	0	5	1	5	1
Dedos da mão	Flexão	5	0	5	0	5	0	5	0
	Extensão	5	0	5	0	5	0	5	0
	Abdução	5	0	5	0	5	0	5	0
	Adução	5	0	5	0	5	0	5	0
	Circundação	5	0	5	0	5	0	5	0
	Oponência do polegar	5	0	5	0	5	0	5	0
Membro Inferior		Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.	Dta.	Esq.
Coxo-femural	Flexão	5	2	5	2	5	3	5	2
	Extensão	5	2	5	2	5	3	5	2
	Abdução	5	2	5	2	5	3	5	2
	Adução	5	2	5	2	5	3	5	2
	Rotação externa	5	2	5	2	5	3	5	2
	Rotação interna	5	2	5	2	5	3	5	2
Joelho	Flexão	5	2	5	2	5	3	5	2
	Extensão	5	2	5	2	5	3	5	2
Tíbio-társica	Flexão plantar	5	2	5	2	5	2	5	2
	Flexão dorsal	5	2	5	2	5	2	5	2
	Inversão	5	2	5	2	5	2	5	2
	Eversão	5	2	5	2	5	2	5	2
Dedos do pé	Flexão	5	2	5	2	5	2	5	2
	Extensão	5	2	5	2	5	2	5	2
	Abdução	5	2	5	2	5	2	5	2
	Adução	5	2	5	2	5	2	5	2

Legenda – Escala Medical Council Research

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Movimento muscular completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Movimento muscular completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento muscular das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contração muscular palpável e/ou visível sem movimento.

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento

NT- Não testado

3.2.5. Avaliação da Coordenação Motora

Testado com o membro superior direito e membro inferior direito.

	14.12.2020			15.12.2020			16.12.2020			17.12.2020		
	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez	Ritmo	Simetria	Rapidez
Prova dedo-nariz olhos abertos	R	R	R	R	R	R	R	R	R	D	R	D
Prova dedo-nariz olhos fechados	R	B	R	R	B	R	R	R	R	D	R	D
Alternância da palma da mão	R	R	R	R	R	R	R	R	D	D	R	D
Prova calcanhar-joelho	R	R	R	R	R	R	R	R	R	D	R	D

B – Bom | **R** – Razoável | **D** – Deficiente | **A** – Ausente | **NT** – Não Testado

3.2.6. Avaliação do Equilíbrio

O Sr. J.N. encontrava-se acamado, sem indicação clínica para realizar levante devido à extensão da lesão e o seu agravamento evidente nas imagens de TAC-CE de controlo realizadas durante o internamento.

	14.12.2020		15.12.2020		16.12.2020		17.12.2020	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Posição sentado	R	NT	R	NT	R	NT	R	NT
Posição ortostática	NT							

B – Bom | **R** – Razoável | **D** – Deficiente | **A** – Ausente | **NT** – Não Testado

3.3.Avaliação da Deglutição

Gugging Swallowing Screen (GUSS) Instrumento de Triagem da Disfagia 14.12.2020				
1ª FASE – Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição				
		SIM	NÃO	
Vigilância	Paciente alerta por mais de 15 minutos	1	0	
Vigilância voluntária e/ou clearance	- Tosse Voluntária - Deve Tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta	1	0	
Deglutição da saliva	- Deglute com êxito	1	0	
	- Sialorreia	0	1	
	- Mudança Vocal	0	1	
Total 1 a 4 – Parar na 1ª fase 5 – Continuar para a 2ª fase		5		
2ª FASE – Teste direto da deglutição				
		*Pastosos	**Líquidos	*** Sólidos
Deglutição	- A ingestão não é possível	0	0	0
	- Aumento do tempo de deglutição (> 2 seg) (sólidos texturas > 10 seg)	1	1	1
	- Ingestão de sucesso	2	2	2
Tosse (involuntária/reflexa) Antes, durante e após a deglutição – até 3 min mais tarde	SIM	0	0	0
	NÃO	1	1	1
Sialorreia	SIM	0	0	0
	NÃO	1	1	1
Alteração da Voz	SIM	0	0	0
	NÃO	1	1	1
Total	Soma	5	5	
	Instrução	Soma 1-4 Pesquisar	Soma 1-4 Pesquisar	Soma 1-4 Pesquisar
		Soma 5 Continuar Líquidos	Soma 5 Continuar Sólidos	Soma 5 Normal

Para concluir, apesar de se verificar que com a aplicação da escala de GUSS, que se deve prosseguir com o teste de deglutição para o teste direto com sólidos, pela avaliação indireta durante o processo de testagem com pastosos (néctar e mel) e líquidos finos (água), opta-se por não continuar com o teste. Decide-se que mantém a sonda nasogástrica com alimentação entérica em curso. Para esta decisão, concorreu: (1) o cumprimento de ordens complexas de modo inconsistente, (2) a tosse pouco eficaz, (3) a avaliação dos pares cranianos com identificação de alterações (simetria facial VII PFCE, sensibilidade V hipoestesia hemiface esquerda, movimento da língua XII, reflexo de vômito diminuído IX e X e posição da úvula (IX e X), (4) risco de instabilidade hemodinâmica pela extensão da lesão e o seu agravamento evidente nas imagens de TC-CE de controlo realizadas durante o internamento.

3.4. Avaliação Funcional Respiratória

	14.12.2020	16.12.2020	17.12.2020
Inspecção	<p>Δ Sem cianose periférica.</p> <p>Δ Tórax simétrico, sem deformidades visíveis.</p> <p>Δ Estática: tórax normolíneo.</p> <p>Δ Dinâmica: ritmo normal, padrão misto, respiração profunda e simétrica.</p>	<p>Δ Sem cianose periférica.</p> <p>Δ Tórax simétrico, sem deformidades visíveis.</p> <p>Δ Estática: tórax normolíneo.</p> <p>Δ Dinâmica: ritmo normal, padrão misto, respiração profunda e simétrica.</p>	<p>Δ Sem cianose periférica.</p> <p>Δ Tórax simétrico, sem deformidades visíveis.</p> <p>Δ Estática: tórax normolíneo.</p> <p>Δ Dinâmica: ritmo normal, padrão misto, respiração profunda e simétrica.</p>
Palpação	<p>Δ Traqueia na linha média.</p> <p>Δ Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior.</p> <p>Δ Frémito tóraco-vocal normal.</p>	<p>Δ Traqueia na linha média.</p> <p>Δ Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior.</p> <p>Δ Frémito tóraco-vocal normal.</p>	<p>Δ Traqueia na linha média.</p> <p>Δ Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior.</p> <p>Δ Frémito tóraco-vocal normal.</p>
Percussão	Som claro pulmonar.	Som claro pulmonar.	Som claro pulmonar.
Auscultação Murmúrio Vesicular	Mantido	Mantido	Mantido
Auscultação Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos Pleurais)	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações
Tosse	Reflexo de tosse pouco eficaz	Reflexo de tosse pouco eficaz	Reflexo de tosse pouco eficaz
Características das secreções	Sem secreções	Sem secreções	Sem secreções
Escala de Dispneia de Borg Modificada	0	0	0

3.5. Avaliação das Atividades de Vida Diárias

Níveis	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada: 5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo participa \geq 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo participa \geq 50%) Dependência completa: 2 – Ajuda máxima (indivíduo participa \geq 25%) 1 – Ajuda total (indivíduo participa \leq 25%)	Ajuda

Medida de Independência Funcional (MIF)				
	14.12.2020	15.12.2020	16.12.2020	17.12.2020
Autocuidados				
Alimentação	1	1	1	1
Higiene Pessoal	2	2	2	2
Banho	1	1	1	1
Vestir metade superior	2	2	2	2
Vestir metade inferior	1	1	1	1
Utilização da sanita	1	1	1	1
Controlo de Esfincteres				
Bexiga	1	1	1	1
Intestino	1	1	1	1
Transferências				
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	1	1	1
Sanita	1	1	1	1
Banheira, chuveiro	1	1	1	1
Locomoção				
Marcha/cadeira de rodas	1	1	1	1
Escadas	1	1	1	1
Comunicação				
Compreensão	3	3	3	3
Expressão	4	4	4	3
Cognição Social				
Interação Social	1	1	1	1
Resolução de problemas	1	1	1	1
Memória	5	5	4	3
Total	29	29	28	26

3.6. Risco Úlcera por Pressão

Escala de Braden		
	14.12.2020	17.12.2020
Perceção Sensorial	Ligeiramente limitada (3)	Ligeiramente limitada (3)
Humidade	Raramente húmida (4)	Raramente húmida (4)
Atividade	Acamado (1)	Acamado (1)
Mobilidade	Muito limitada (2)	Muito limitada (2)
Nutrição	Adequada (3)	Adequada (3)
Forças de deslizamento/fricção	Problema Potencial (2)	Problema Potencial (2)
Total	15 = Alto Risco	15 = Alto Risco

4. ANÁLISE DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Tipo de transição

Saúde-doença – Dependência funcional e cognitiva após o evento AVC.

Alteração de papel social e familiar – Necessidade de assumir um novo papel dentro da dinâmica familiar, considerando que as alterações decorrentes da experiência de doença se prolongará no tempo, tendo em conta a severidade dos seus défices sensorio-motores e cognitivos.

Fatores facilitadores e inibidores

Esposa cuidadora de referência demonstrou-se presente/disponível via telefone, apesar das limitações associadas à pandemia por COVID-19 e consequentes restrições de visitas aos hospitais. A esposa apresenta-se como um fator facilitador. No entanto, as restrições de visitas tendo em conta a atual conjuntura, dificultou a compreensão da dinâmica familiar e a intervenção junto da família, de modo a facilitar o processo de transição.

Também como fator facilitador, enquadra-se o facto do Sr. J.N. se encontrar internado numa Unidade de AVC com formação especializada para a reabilitação deste tipo de doentes, constituindo-se como uma mais valia para o Sr. J.N., uma vez que inicia a sua reabilitação precocemente e dirigida aos défices sensorio-motores e cognitivos que apresenta.

O J.N. encontra-se anosagnóstico, constituindo-se como um fator inibidor, pois não compreende a sua situação de saúde ou a extensão dos défices daí decorrentes.

Indicadores de processo

Consideram-se indicadores de processo o **Sentir-se ligado/interação** com a equipa de cuidados, **Coping**, **Reformulação de identidade** e **Mestria**, concluindo-se que o Sr. J.N. não iniciou o seu processo de transição, atendendo à sua anósnosia. Assim, não são observados à data da alta, nenhum dos indicadores supra citados que reflitam um processo de transição saudável.

5. DIAGNÓSTICO E PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Para elaboração dos diagnósticos e ações de enfermagem, foi mobilizado o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação aprovado na assembleia do colégio de especialidade em 2015, mobilizando consequentemente, a linguagem CIPE na elaboração do plano de cuidados.

Considerando a fase aguda do AVC do Sr. J.N., a instabilidade da evolução da sua lesão cerebral, os diagnósticos de enfermagem priorizados que constituem o seu plano de cuidados foram os seguintes:

1. Défice Sensorial no hemicorpo esquerdo
2. Deglutição comprometida
3. Esquecimento Unilateral Esquerdo
4. Movimento Muscular diminuído no hemicorpo esquerdo
5. Parésia na Facial Central Esquerda
6. Comunicação comprometida

Para cada diagnóstico foram considerados os seus critérios de diagnóstico, estabelecidos os objetivos, descritas as intervenções de enfermagem e elaborada uma avaliação sumária dos resultados das intervenções implementadas. Acrescentei um ponto de “Sugestão” nas Intervenções de Enfermagem, com o intuito de referir outras intervenções que poderiam ter sido implementadas, mas que não foi possível, devido à gestão de tempo entre as atividades multidisciplinares desenvolvidas durante os turnos, também pela necessidade de gestão dos períodos de vigília e de promoção do repouso do Sr. J.N. e por apenas ter tido oportunidade de prestar cuidados durante dois turnos.

Diagnóstico	Défice Sensorial no hemicorpo esquerdo
Crítérios de diagnóstico	Avaliada sensibilidade superficial e profunda – Hemihipostesia esquerda com componente facial. Sem alterações campimétricas.
Objetivo	Melhorar o défice sensorial presente no hemicorpo esquerdo.
Intervenções de enfermagem	Δ Avaliar sensibilidade superficial e profunda do JN; Δ Gerir o ambiente físico, utilizando a técnica de facilitação cruzada; Δ Abordar o Sr. JN pelo lado mais afetado (esquerdo), excepto nos momentos de avaliação de deglutição/treino de alimentação oral; Δ Executar técnica de posicionamento em lateral esquerdo em padrão anti-espástico para estimulação proprioceptiva e permitir que visualize o

	<p>membro superior esquerdo. Aumentar os estímulos visuais e auditivos provenientes do lado esquerdo;</p> <p>Δ Realizar e incentivar a participação na execução de exercícios passivos e ativos-assistidos musculares e articulares do membro superior e inferior esquerdo, promovendo sempre que possível a integração visual do movimento.</p> <p>Δ <u>Sugestão</u>: aplicação da tala de pressão no membro superior e inferior para execução dos exercícios passivos e ativos-assistidos.</p>
Avaliação	<p>Não se verificou melhoria do déficit sensorial no hemicorpo esquerdo, mantendo hemi-hipostesia à esquerda, com alteração da sensibilidade superficial e profunda.</p>

Diagnóstico	Deglutição comprometida
Crítérios de diagnóstico	<p>Δ Avaliada capacidade de deglutição, nomeadamente considerados os parâmetros relativos à avaliação indireta e direta da deglutição, com especial ênfase nos sinais de alerta para decisão sobre a conduta a tomar;</p> <p>Δ Cumpre ordens complexas de modo inconsistente, tosse pouco eficaz, avaliação dos pares cranianos com identificação de alterações (assimetria facial com parésia facial central esquerda, sensibilidade alterada com hipostesia hemiface esquerda, movimento da língua alterado, reflexo de vômito diminuído IX e X e desvio da úvula para a direita (IX e X)).</p>
Objetivo	<p>Reduzir o risco de aspiração e treino seguro de alimentação via oral.</p>
Intervenções de enfermagem	<p>Δ Avaliar o estado de consciência do J.N., caso se encontre muito sonolento, não prosseguir com a avaliação;</p> <p>Δ Gerir o ambiente físico, reduzindo os estímulos (correr a cortina) durante a avaliação e treino da deglutição;</p> <p>Δ Abordar o Sr. JN pelo lado não afetado (direito);</p> <p>Δ Avaliar deglutição indireta (despiste de sinais de alerta) e direta (escala de Guss que deve ser complementar à avaliação indireta);</p> <p>Δ Executar técnica de posicionamento sentado;</p> <p>Δ Gerir a dieta, mantendo alimentação entérica até conseguir ingestão calórica apropriada por via oral;</p> <p>Δ Incentivar a realização de exercícios de amplitude de movimentos e de fortalecimento muscular para os lábios e língua,</p> <p>Para os lábios: sorrir; mostrar os dentes; assobiar; protraír; retrair; lateralizar; som de estalar e “pa pa pa”; segurar uma espátula entre os lábios e oferecer resistência no movimento na remoção da espátula; sucção; “dar beijinhos”.</p> <p>Para a língua: retrair a língua e manter 1 ou 2 segundos; bocejar; reproduzir o som “ta ta ta”; resistir contra a espátula com os lábios protraídos e contra os dedos que ficam encostados na bochecha.</p> <p><u>Sugestão:</u> Poderia ser complementado o treino de fortalecimento muscular, abrangendo as outras estruturas, como a mandíbula, laringe e bochechas:</p> <p>Para a mandíbula: movimentos passivos e ativos de abertura, encerramento, lateralização, protusão ou retração da mandíbula.</p>

	<p>Para laringe: reproduzir o som “ta ta ta”; reproduzir palavras em falsete; realizar exercícios de Shaker, na posição de deitado, com movimentos passivos de flexão cervical e retorna à posição neutra, para promover a elevação laringea.</p> <p>Para as bochechas: encher as bochechas com ar e manter por uns segundos. Pode ser feita resistência nas bochechas, sendo necessário manter a força nos lábios para não permitir a fuga do ar. Solicitar movimentos de sucção.</p>
Avaliação	<p>O J.N. manteve a necessidade de alimentação entérica, por instabilidade do quadro clínico, estando reunidas as condições para a existência de um elevado risco de aspiração. Assim, não foi possível progredir para treino de alimentação oral. Deste modo também não se prosseguiu com o ensino e treino de manobras de proteção de via aérea e/ou facilitadoras da deglutição.</p>

Diagnóstico	Esquecimento Unilateral Esquerdo
Crítérios de diagnóstico	<p>Δ Identifica os membros superiores e inferiores e a sua lateralidade;</p> <p>Δ Na confrontação do com o membro superior do avaliador com o seu próprio membro superior esquerdo, o Sr. J.N. apresenta dificuldade em reconhecer o membro superior esquerdo como seu (somatoagnosia);</p> <p>Δ Rotação do corpo no leito, preferencialmente para a direita;</p> <p>Δ Interação com o ambiente, preferencialmente no seu lado direito.</p>
Objetivo	<p>Promover a atenção e a consciencialização da totalidade do seu corpo e do ambiente que o rodeia.</p>
Intervenções de enfermagem	<p>Δ Avaliar Negligência Espacial Unilateral com recurso aos testes acima referidos e rastrear os défices cognitivos com o instrumento MoCA;</p> <p>Δ Utilizar os testes de Negligência Espacial Unilateral como meio de avaliação e de treino por repetição para melhoria da função;</p> <p>Δ Estimular a percepção sensorial através – da disposição do mobiliário colocado no lado afetado (esquerdo); abordar o senhor J.N. pelo lado esquerdo; estimulação sensorial com diferentes texturas (ex.: toalha turca) ou bola com textura; fornecer objetos com diferentes texturas e incentivar a sua identificação (com olhos abertos e/ou fechados); massagem profunda seguida de estiramento articular controlado para aumentar o estímulo proprioceptivo;</p> <p>Δ Executar técnica de exercício muscular passivo, alternando com articular ativo-assistido;</p> <p>Δ Executar técnica de posicionamento em lateral esquerdo em padrão anti-espástico para estimulação proprioceptiva e permitir que visualize o membro superior esquerdo. Aumentar os estímulos visuais e auditivos provenientes do lado esquerdo.</p> <p>Δ <u>Sugestões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da tala de pressão no membro superior e inferior para execução dos exercícios passivos/ ativos-assistidos ou em repouso,

	<p>que permitirá aumentar a estimulação sensorial periférica, promovendo um aumento da resposta motora cortical.</p> <p>- Realização de Exercícios de Reabilitação Cognitiva relativos às Gnosias e à Atenção, ambos de nível 1 (ver Anexo VII).</p>
Avaliação	<p>O J.N. mantém negligência espacial unilateral, anosagnósico o que dificulta a aprendizagem e o envolvimento no programa de reabilitação. Acresce também da instabilidade clínica, que limita o aumento do tempo e intensidade das intervenções supra-citadas.</p>
Diagnóstico	Movimento Muscular diminuído no hemicorpo esquerdo
Crterios de diagnóstico	Hemiparésia Esquerda - Força Muscular grau 0/5 no MSE e MIE (Medical Council Research).
Objetivo	Restabelecer a força muscular no hemicorpo esquerdo e gerir as consequências da imobilidade.
Intervenções de enfermagem	<p>Δ Monitorizar a força muscular do J.N. através da escala <i>Medical Council Research</i>.</p> <p>Δ Executar técnica de exercício muscular passivo e ativo-assistido.</p> <p>Δ Privilegiar o contato visual com o movimento dos membros, mantendo a atenção ficada na atividade.</p> <p>Δ Executar técnica de posicionamento em lateral esquerdo em padrão anti-espástico para estimulação propriocetiva e permitir que visualize o membro superior esquerdo. Aumentar os estímulos visuais e auditivos provenientes do lado esquerdo.</p> <p>Δ Incentivar o J.N. a automobilizar o MSE com recurso ao seu MSD.</p> <p>Δ Incentivar a participação do J.N. na realização das mobilizações ativo-assistidas, criando jogos simples (com objetivo intrínseco para desencadear a iniciativa de participação e o empenho na conclusão da tarefa) como mover objetos de um lado da superfície para o outro. A utilização de <i>post it</i> coloridos colados numa superfície de trabalho, poderá aumentar o estímulo visual e serve como atividade para fomentar o treino do movimento corporal mas também, as capacidade visuo-espaciais.</p> <p>Δ <u>Sugestão</u>: aplicação da tala de pressão no membro superior e inferior para execução dos exercícios passivos/ ativos-assistidos.</p>
Avaliação	<p>O JN apresentou melhoria dos défices motores ao longo dos dias de internamento.</p> <p>De salientar, que a melhoria do grau de FM, era obtido logo após a implementação de algumas das intervenções acima descritas. De facto, numa primeira abordagem a avaliação da FM do MSE apresentava grau zero ou 1, no entanto, após as mobilizações passivas, o estiramento e a estimulação por pressão profunda do membro, permitia que o doente arrastasse o braço ao nível do leito.</p>
Diagnóstico	Parésia na Facial Central Esquerda

Critérios de diagnóstico	<p>Δ Apagamento do sulco naso labial esquerdo;</p> <p>Δ Desvio da comissura labial direita;</p> <p>Δ Diminuição de movimento muscular da hemiface esquerda;</p> <p>Δ Movimenta os lábios de modo assimétrico.</p>
Objetivo	Melhorar o défice sensitivo e motor da hemiface esquerda.
Intervenções de enfermagem	<p>Δ Executar técnica de exercício muscular passivo;</p> <p>Δ Vigiar a parésia facial central esquerda do J.N.;</p> <p>Δ Incentivar a execução de exercícios como unir as sobrancelhas enrugando a testa (chateado), elevar as sobrancelhas (espanto), fechar os olhos com força (medo). Acrescentar os exercícios de amplitude e fortalecimento muscular dos lábios, língua, bochechas e mandíbula, referidos no diagnóstico “deglutição comprometida”.</p>
Avaliação	<p>Comparativamente com a primeira avaliação de dia 14.12, verificou-se uma dificuldade crescente na colaboração de exercícios pelo défice de atenção e alteração do estado de consciência, com períodos de maior sonolência.</p> <p>Mantém a parésia facial central esquerda.</p>

Diagnóstico	Comunicação comprometida
Critérios de diagnóstico	<p>Δ Sem alterações da linguagem, mantendo preservada a capacidade de nomeação, repetição, compreensão, fluência, leitura e escrita.</p> <p>Δ Comunica com dificuldade relacionado com a disartria;</p> <p>Δ Compreende a comunicação verbal, tendo a comunicação não verbal comprometida por apraxia palpebral bilateral;</p> <p>Δ Consegue manter uma conversa presencial, mas com discurso limitado relacionado com a alteração do estado de vigília e inatenção.</p>
Objetivo	Melhorar o desempenho comunicacional por via oral.
Intervenções de enfermagem	<p>Δ Avaliar discurso, identificando a presença de disartria, através de exercícios de repetição de palavras progressivamente mais complexas, com maior número de sílabas e de maior complexidade na sua articulação fonética. Complementar a avaliação solicitando a repetição de frases simples com poucos vocábulos e progressivamente mais complexas, fornecidas oralmente e por escrito.</p> <p>Δ Os exercícios utilizados na avaliação da disartria supra citados, poderão ser mobilizados como treino do discurso.</p> <p><u>Sugestão:</u> recorrer à lista de palavras constantes nos Exercícios de Reabilitação Cognitiva relativos à linguagem, assim como, de pequenos textos, para ler em voz alta. Também poderão ser utilizadas imagens para nomeação em voz alta das figuras. (ver Anexo VIII)</p>
Avaliação	<p>Não se identificou melhoria ou agravamento da disartria durante o internamento, no entanto, por o doente encontrar-se mais sonolento, foram identificados no dia 17.12 um maior número de períodos de inatenção, por vezes, com impacto na perceção do discurso, mas que o Sr. J.N. ultrapassa, quando é redirecionada a sua atenção para o exercício.</p> <p>Assim, manteve de dia 14.12 a 17.12 presença de disartria ligeira, perceptível a maior parte do conteúdo do discurso.</p>

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A decisão da escolha da situação de saúde do Sr. J.N. teve por base o desafio da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação a uma pessoa com incapacidade para iniciar o seu processo de transição, por não identificar e compreender as alterações no seu estado de saúde, decorrentes do evento AVC. Considerando que o papel do EEER é facilitar o seu processo de transição, o facto do Sr. J.N. se encontrar anosagnóstico, inibe o início do seu processo de transição, não sendo capaz de se envolver no processo de reabilitação, tendo-se verificado que as intervenções de enfermagem implementadas, os exercícios e as atividades desenvolvidas, não tinham representação e significado para o Sr. J.N. e, portanto, o seu potencial de reabilitação encontrava-se bastante comprometido nesta fase.

No entanto, a sua colaboração permitia a realização de uma avaliação neurológica especializada, de modo a estabelecer um plano de cuidados com diagnóstico priorizados tendo em conta a fase aguda após AVC em que o Sr. J.N. se encontrava. Assim, considerei priorizei a prevenção das complicações associadas ao AVC, mas também, e a implementação de um plano de reabilitação cognitiva que incluiu as intervenções direcionadas para os défices cognitivos identificados, nomeadamente a negligência espacial unilateral esquerda, o défice de atenção e a anosognosia, tendo por base o conhecimento do impacto que têm no sucesso do programa de reabilitação e no prognóstico do Sr. J.N.

Pela avaliação do plano de cuidados implementado, constataram-se ganhos em saúde objetiváveis, como a melhoria dos défices motores ao longo dos dias de internamento, mas sobretudo, o resultado de melhoria imediata do grau de FM obtido logo após a implementação das intervenções por parte do EEER. De facto, numa primeira abordagem a avaliação da FM do MSE apresentava grau zero ou 1, no entanto, logo após as mobilizações passivas, o estiramento e a estimulação por pressão profunda do membro, permitia que o doente arrastasse o braço ao nível do leito. Um ganho em saúde imediato após a intervenção do EEER.

A avaliação da deglutição e as decisões tomadas no sentido de não progredir com o teste direto de deglutição de Guss e a consequente manutenção da SNG para garantir o aporte nutricional adequado e evitar a consequência de uma pneumonia de aspiração, tratou-se de uma intervenção do EEER com benefícios diretos para o prognóstico e evolução clínica do Sr. J.N.

Em termos de evolução no seu desempenho cognitivo, não foi possível objetivar melhorias significativas, mas apresenta potencial para evoluir positivamente nesta dimensão, tendo em conta o exercício de elaboração do relógio em que, quando direcionado no sentido da correção dos erros cometidos como a distribuição dos números na face do relógio, o Sr. J.N. foi capaz de corrigir, embora com dificuldade e embora ainda não consiga atingir o resultado

desejado (ver Anexo IV). Na minha opinião, seria necessária uma intervenção mais prolongada no tempo e, uma estabilização na evolução da gravidade da lesão cerebral.

Por último, gostaria de acrescentar que os constrangimentos atuais relacionados com a pandemia por COVID-19, limitou a intervenção junto de toda a unidade familiar, pelo que a título de crítica, o plano de cuidados implementado não contemplou esta dimensão, que também carece de avaliação e intervenção por parte do EEER.

BIBLIOGRAFIA

- Cogollor, J.M., Rojo-Lacal, J., Hermsdörfer, J., Ferre, M., Arredondo Waldmeyer, M.T., Giachritsis, C., Armstrong, A., Breñosa Martinez, J.M., Bautista, Loza D.A., Sebastián, J.M. (2018). Evolution of Cognitive Rehabilitation After Stroke From Traditional Techniques to Smart and Personalized Home-Based Information and Communication Technology Systems: Literature Review. *JMIR Rehabil Assist Technol.* 5(1). Doi:10.2196/rehab.8548
- Abzhandadze, T., Rafsten, L., Lundgren, N.Å., Palstam, A., Sunnerhagen, K.S. (2019). Very Early MoCA Can Predict Functional Dependence at 3 Months After Stroke: A Longitudinal, Cohort Study. *Frontiers in Neurology.* 10(1051).
- Cumming, TB., Marshall, R.S., Lazar, R.M. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Int J Stroke.* 8(1), pp.38-45. Doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00972.x
- Donkor, Eric S. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment.* Doi: <https://doi.org/10.1155/2018/3238165>
- Farokhi-Sisakht, F., Farhoudi, M., Sadigh-Eteghad, S., Mahmoudi, J., Mohaddes, G. (2019) Cognitive Rehabilitation Improves Ischemic Stroke-Induced Cognitive Impairment: Role of Growth Factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 28(10). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.07.015>
- Giroud, M., Lemesle, M., Madinier, G., et al (1997). Unilateral lenticular infarcts: radiological and clinical syndromes, aetiology, and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 63, pp.611-615.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf

- Maia, L., Leite, R. & Correia, C. (2009) Avaliação e Intervenção Neuropsicológica - Estudos de casos e instrumentos. Lisboa: Lidel Editora. ISBN: 9789727575220
- Renton, T., Tibbles, A., Topolovec-Vranic, J. (2017). Neurofeedback as a form of cognitive rehabilitation therapy following stroke: A systematic review. PLoS ONE, 12 (5). Doi: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85019648928&doi=10.1371%2fjournal.pone.0177290&partnerID=40&md5=DOI:10.1371%2fjournal.pone.0177290>
- Sierra, D., Sierra, I., Caicedo Montaña, C., Salazar, J., Tramontini, C. (2019). Anatomía básica de los ganglios basales. *Revista Médica Sanitas*. 22(2), pp. 66-71. Doi: 10.26852/01234250.38
- Sociedade Portuguesa de Neurologia (2008). Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008. *Sinapse*. 8(2), pp. 5-17.
- Teasell, R., Salbach, N.M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J.I., Jong, A., Acerra, N.E., Bastasi, D., Carter, S.L., Fung, J., Halabi, M.L., Iruthayarajah, J., Harris, J., Kim, E., Noland, A., Pooyania, S., Rochette, A., Stack, B.D., Symcox, E., Timpson, D., Varghese, S., Verrilli, S., Gubitz, G., Casaubon, L.K., Dowlathshahi, D., Lindsay, M.P. (2020). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke*.15(7), pp.763-788. Doi: 10.1177/1747493019897843.
- Viola, L.F., Nunes, P.V., Yassuda, M.S., Aprahamian, I., Santos, F.S., Santos, G.D., et al. (2016). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*. 66(8), pp.1395-1400.
- World Health Organization (2012). *Are you ready? What you need to know about ageing*. Acedido em: <https://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/>
- World Health Organization (2020). *The top 10 causes of death*. Acedido em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Chechlac, M., Rotshtein, P., Humphreys, G. (2012). Neuroanatomical Dissections of Unilateral Visual Neglect Symptoms: ALE Meta-Analysis of Lesion-Symptom Mapping.

Frontiers in Human Neuroscience. 6(230), pp. 1662-5161. Doi:
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00230>

ANEXO I – APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO MOCA

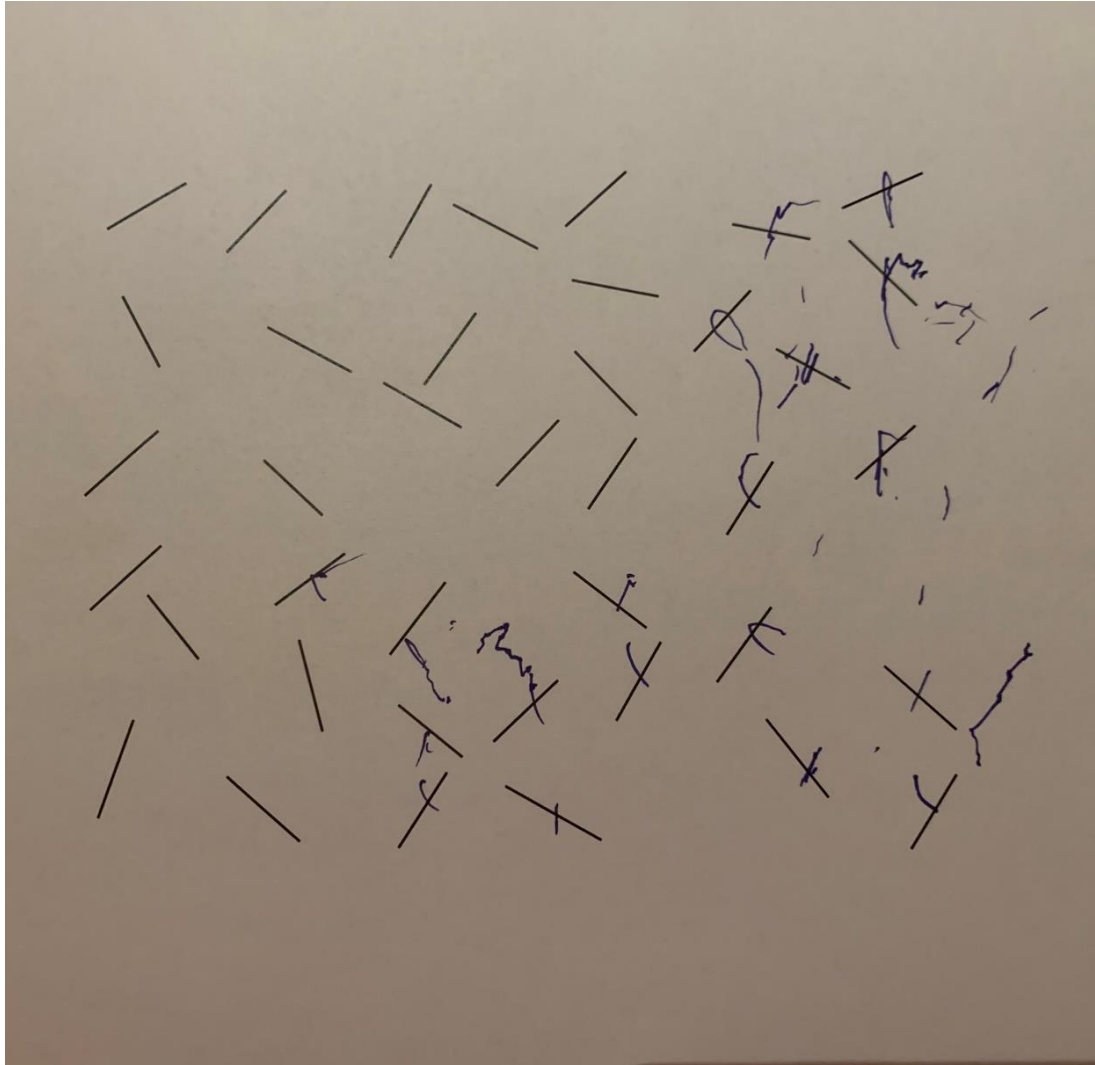
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)

Versão 8.1 Portuguesa (Portugal)

Genero: DATA DE AVALIAÇÃO:

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo					Desenhar um RELÓGIO (onze e dez) (3 pontos)			PONTUAÇÃO
										[] [] [] Contorno Números Ponteiros 0/5
NOMEAÇÃO							[] [] [] 3/3			
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	SEM PONTUAÇÃO			
	1º ENSAIO	-	-	-	-	-				
	2º ENSAIO	✓	✓	✓	✓	✓				
ATENÇÃO	Leia a sequência de números (1 número/segundo) - O sujeito deve repetir a sequência em sentido direto. [4 2 1 8 5 4] O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso. [7 4 2]						1/2			
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					1/1			
	Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [95] [86 91] [79 95] [72 90] [65 82] 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos.						1/3			
LINGUAGEM	Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [✓] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala. [✓]						2/2			
	Fluência verbal / Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" [] [7] (N ≥ 11 palavras)						0/1			
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [] comboio - bicicleta [] relógio - régua []						0/2			
EVOCAÇÃO DIFERIDA	(IM) Deve recordar as palavras SEM PISTAS BOCA LINHO IGREJA CRAVO AZUL Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	[]	[]	[]	[]	[]	0/5			
Índice de Memória (IM)	X2 Pista de categoria	✓	✓	✓	✓	✓	IM = 7 / 15			
	X1 Pista de escolha múltipla	✓	✓	✓	✓	✓				
ORIENTAÇÃO	3:5 [] Dia do mês [✓] Mês [✓] Ano [✓] Dia de semana [3:5] Lugar [Vila Verde] Localidade []						2/6			
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org IM: /15 (Normal ≥ 26/30)		Administrado por:					TOTAL 11/30			
É necessária formação e certificação para garantir a exatidão Adicionar 1 ponto se ≤ 12º ano de escolaridade										

ANEXO II –ALBERT TEST



Comentário

Tempo de execução: 6 min

Omissões: 20

Respostas Corretas: 19

Δ Verificou-se que o Sr. J.N. encontrava-se motivado para a realização do exercício.

Δ Pela inatenção do Sr. J.N. foi necessário redirecionar a sua atenção para a atividade cerca de 5 vezes no total.

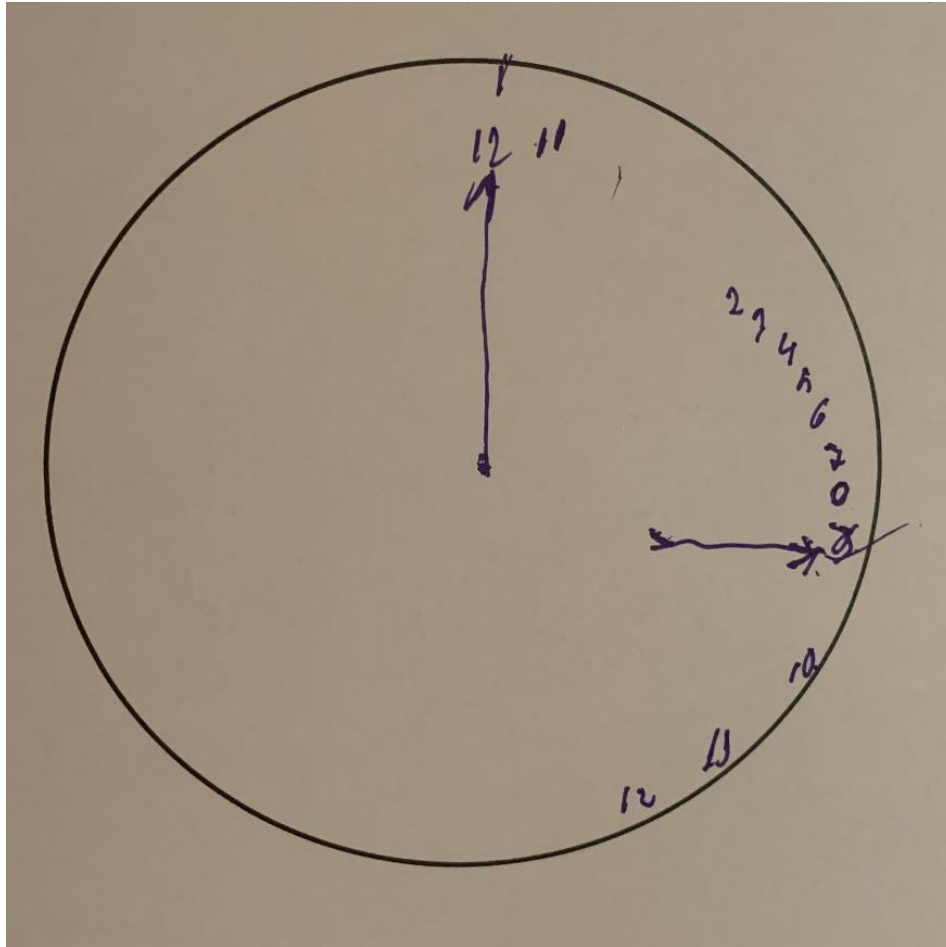
Δ Durante o processo de realização do exercício, o Sr. J.N. manteve o corpo rodado preferencialmente à direita, nomeadamente cabeça e tronco.

Δ A procura das linhas na folha, tanto com o olhar como com o movimento do punho e caneta em cima da folha, foi realizado exclusivamente no lado direito.

Δ Os traços hesitantes e as linhas extra que aparecem na folha, coincidiam com os momentos que o Sr. J.N. adormecia e a sua mão com a caneta deslizava pela folha. Outros estão relacionados com momentos de inatenção em que não percecionava que a caneta estava assente no papel riscando-o.

Δ Verificou-se quer pela disposição dos traços, mas também, pelo processo analisado da sua execução, uma negligência espacial unilateral esquerda.

ANEXO III – DESENHO DO RELÓGIO (1): DISTRIBUIÇÃO DE NÚMEROS E COLOCAÇÃO DOS PONTEIROS NAS NOVE HORAS



Comentário

Tempo de execução: 4 min

Distribuição dos números: Incorreta.

Localização dos ponteiros: Não marcam as 9:00. Um dos ponteiros não se encontra centrado no relógio.

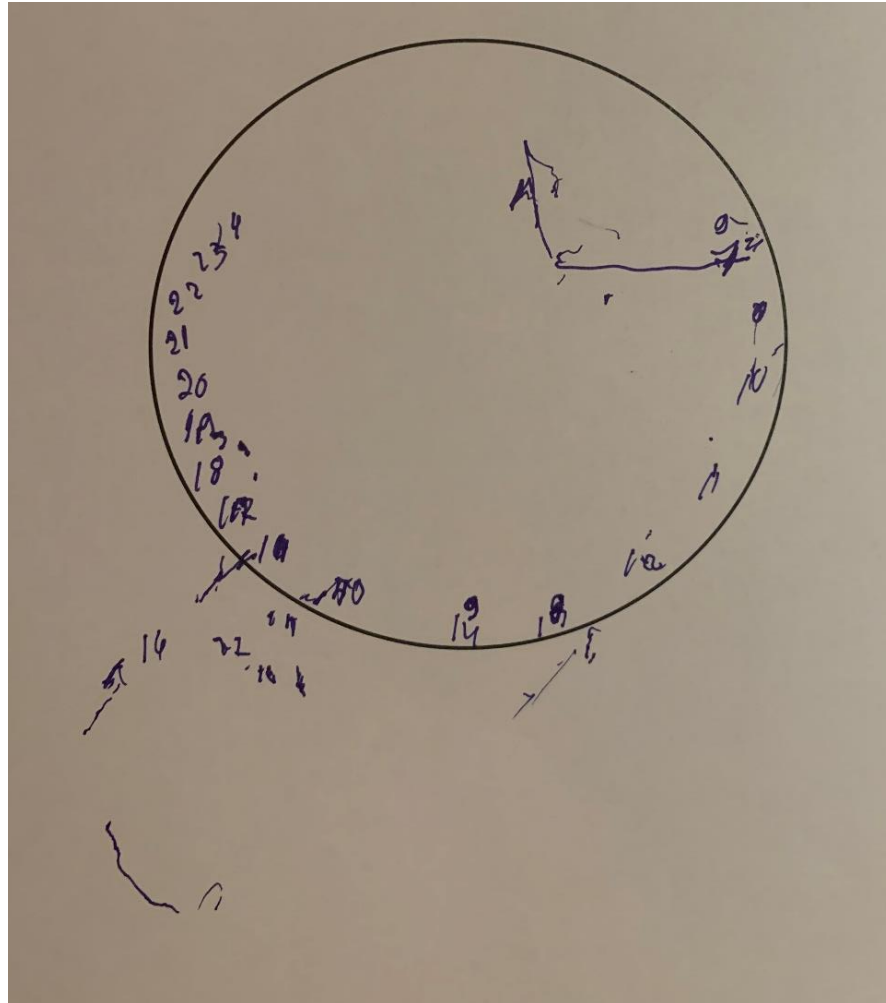
Δ Verificou-se que o Sr. J.N. encontrava-se motivado para a realização do exercício.

Δ Pela inatenção do Sr. J.N. foi necessário redirecionar a sua atenção para a atividade cerca de 2 vezes no total.

Δ Durante o processo de realização do exercício, o Sr. J.N. manteve o corpo rodado preferencialmente à direita, nomeadamente cabeça e tronco.

Δ Verificou-se quer pela disposição dos números, pela incapacidade de assinalar as “nove horas” e pela localização do ponteiro que marca o “três”, a presença de negligência espacial unilateral esquerda e inatenção.

ANEXO IV – DESENHO DO RELÓGIO (2): DISTRIBUIÇÃO DE NÚMEROS E COLOCAÇÃO DOS PONTEIROS NAS NOVE HORAS



Comentário

Tempo de execução: 6 min

Distribuição dos números: Incorreta.

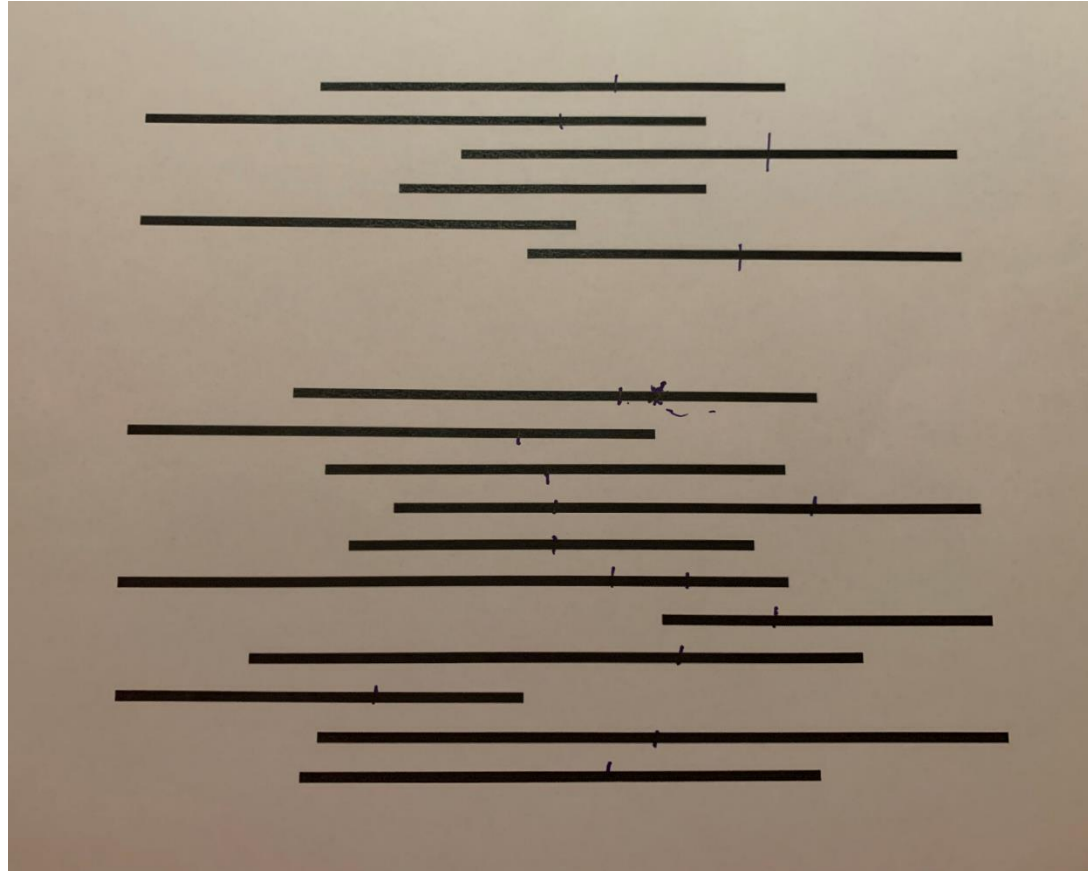
Localização dos ponteiros: Não marcam as 9:00. Os dois ponteiros não se encontram centrados no relógio.

Δ O resultado obtido neste teste, evidência a influência que a instrução inicial e durante a execução do exercício, tem no desempenho da tarefa e no seu resultado final. Nesta atividade o Sr. J.N. adormeceu algumas vezes (evidente nos traços hesitantes e com os traços extra presentes na folha resultado de quando a sua mão com a caneta deslizava pela folha), sendo necessário aumentar o estímulo para o manter em alerta e redirecionar a sua atenção. O modo que optei para o fazer foi recorrendo a frases como: “já terminou?”, “mas tem a certeza que já terminou?”, “olhe para o relógio e veja se já terminou”. Este método condicionou a resposta inicial do Sr. J.N., tendo procedido à correção do desenho de cada vez que o inquiria sobre o término do desenho.

Δ Assim, foi repetido o teste, evitando o enviesamento do seu resultado, fornecendo apenas instrução inicial e questionando apenas uma vez se tinha terminado. Para redirecionar a sua atenção, chamei pelo seu nome e disse para olhar para a folha e para a caneta.

Δ Este teste foi considerado nulo e repetido novamente, correspondendo ao exercício do anexo anterior.

ANEXO V – LINE BISECTION TEST



Comentário

Tempo de execução: 3 min

Omissões: 2

Respostas corretas: 4

Respostas incorretas: 11

Δ Verificou-se que o Sr. J.N. encontrava-se motivado para a realização do exercício.

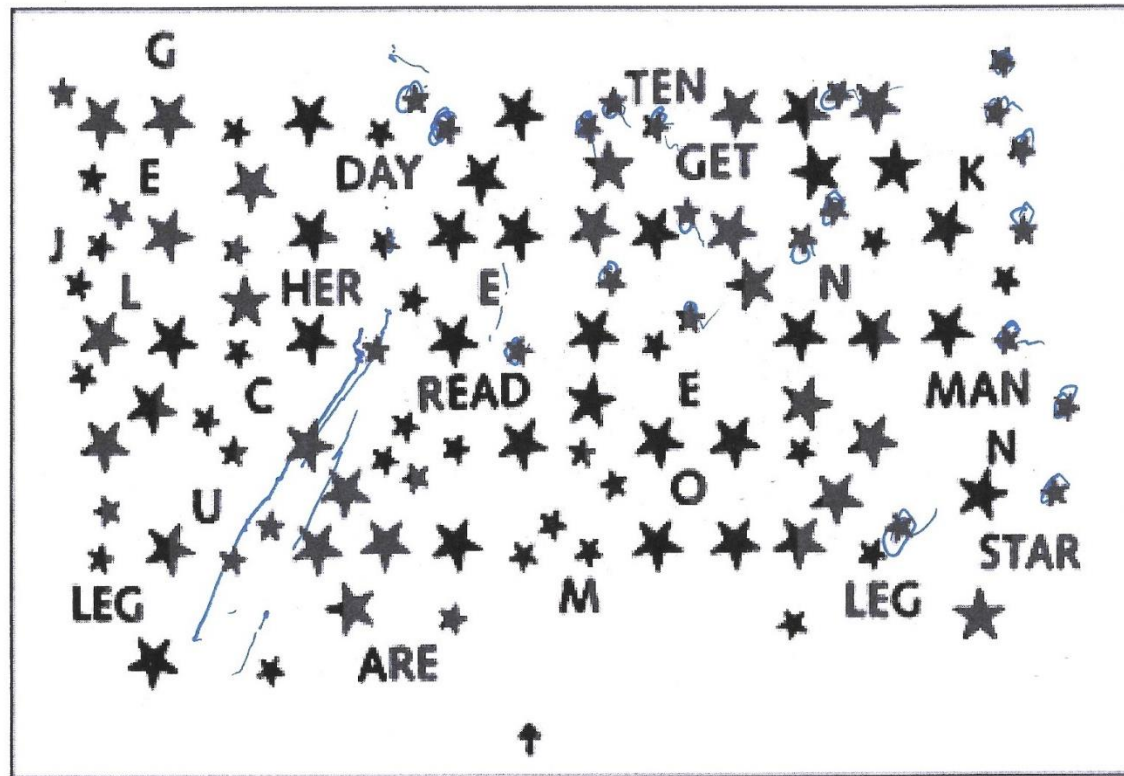
Δ Pela inatenção do Sr. J.N. foi necessário redirecionar a sua atenção para a atividade cerca de 1 veze no total.

Δ Durante o processo de realização do exercício, o Sr. J.N. manteve o corpo rodado preferencialmente à direita, nomeadamente cabeça e tronco.

Δ A procura das linhas na folha, tanto com o olhar como com o movimento do punho e caneta em cima da folha, foi realizado exclusivamente no lado direito.

Δ Verificou-se quer pela disposição dos traços, mas também, pelo processo analisado da sua execução, uma negligência espacial unilateral esquerda.

ANEXO VI – STAR CANCELLATION



Comentário

Tempo de execução: 7 min

Omissões: 35

Respostas corretas: 21

Respostas incorretas: 1

Δ Verificou-se que o Sr. J.N. encontrava-se motivado para a realização do exercício.

Pela inatensão do Sr. J.N. foi necessário redirecionar a sua atenção para a atividade cerca de 5 vezes no total.

Δ Durante o processo de realização do exercício, o Sr. J.N. manteve o corpo rodado preferencialmente à direita, nomeadamente cabeça e tronco.

Δ A procura das linhas na folha, tanto com o olhar como com o movimento do punho e caneta em cima da folha, foi realizado exclusivamente no lado direito.

Δ Os traços hesitantes e as linhas extra que aparecem na folha, coincidiam com os momentos que o Sr. J.N. adormecia e a sua mão com a caneta deslizava pela folha. Outros estão relacionados com momentos de inatensão em que não percecionava que a caneta estava assente no papel riscando-o.

Δ Verificou-se quer pela disposição dos traços, mas também, pelo processo analisado da sua execução, uma negligência espacial unilateral esquerda.

ANEXO VII – EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO COGNITIVA – GNOSIAS E ATENÇÃO

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO TÁTIL DIFICULDADE: VARIÁVEL

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar à pessoa que de olhos fechados, identifique os objetos através do tato. Preencha a lista de objetos apresentados.

Exercício 1	Exercício 4
Exercício 2	Exercício 5
Exercício 3	Exercício 6

Registos de Enfermagem

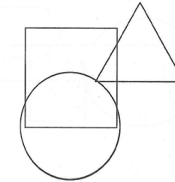
Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar o contorno das diferentes figuras com recurso a diferentes cores.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras DADO.

A	M	A	D	F
S	O	L	A	D
F	D	A	D	O
I	M	A	O	A
D	A	D	O	P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar para assinalar as letras L.

A	P	C	U	F
S	O	L	I	C
F	H	C	L	S
C	T	L	U	A
E	M	N	Z	C

Registos de Enfermagem

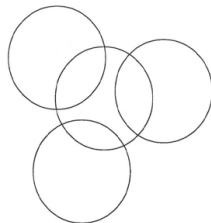
Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a contagem do número de círculos.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a contagem do número de círculos.

	O triângulo está à direita do quadrado	Verdadeiro ou Falso
	A seta aponta para a esquerda	
	A lua está à esquerda da estrela	
	A bola pequena está à esquerda da bola grande	
	A bola preta está à esquerda da bola branca	

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

ANEXO VIII – EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO – DISARTRIA

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Instruções: Fornecer o seguinte texto para ser lido. Fazer questões sobre o texto para determinar quanto à sua compreensão.

O Gonçalo tem doze anos. Anda na escola e a professora diz que aprende muito bem.

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____
 Instruções: Fornecer o seguinte texto para ser lido. Fazer questões sobre o texto para determinar quanto à sua compreensão.

O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser besugo no forno. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e a Teresa.

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: LINGUAGEM - LEITURA DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar a leituras das seguintes palavras em voz alta.

Telhado	Passageiros
Cerejeira	Chapelaria
Falangeta	Salsicharia
Confeitaria	Marmelada
Pálpebras	Auto-estrada
Camisaria	Campânula
Cabeleireiro	Iluminação
Laranjeira	Meia-de-leite
Articulação	Ofthalmologia
Portinhola	Estacionamento
Constituição	Interrogação
Democracia	Encadernação

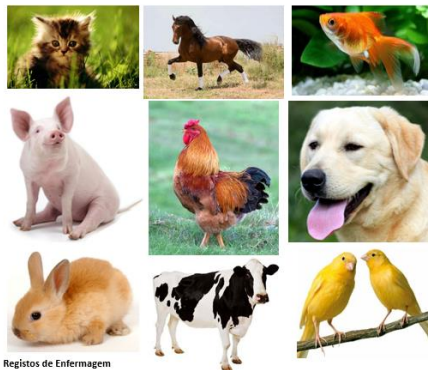
Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL DIFICULDADE: 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que assinale o porco, o peixe, o coelho e assim sucessivamente.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: GNOSIAS – RECONHECIMENTO VISUAL DIFICULDADE: 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que assinale a águia, o elefante, o panda e assim sucessivamente.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
 Número de não respondidos: _____
 Número de falsos positivos: _____
 Número de respostas corretas: _____
 Observações: _____

ANEXO XVI – TESTES DE AVALIAÇÃO DE NEGLIGÊNCIA
ESPACIAL UNILATERAL

ANEXO XVI – TESTES DE AVALIAÇÃO DE NEGLIGÊNCIA ESPACIAL UNILATERAL

Reabilitação Cognitiva à pessoa com AVC: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral

Elaborado por: Estudante de Enfermagem de Reabilitação Patrícia Chastres (ESB) e Prof.ª Enf.ª Especialista Enfermagem Reabilitação Ricardo Braga.

Bibliografia: Chastres, P., Rodrigues, C. (2012). Anosognosical Dimension of Unilateral Spatial Neglect Syndrome: ALE Meta-Analysis of Lesion-Symptom Mapping. *Frontiers in Human Neuroscience* 6(236), pp. 1-6. DOI: 10.3389/fnhum.2012.00236 | Argus, E., Della, M., Malina, N., Hart, J., Janssen, P., Pater, E., Barkus, E., et al. (2015). The Neglect and Misbehavior Syndrome (NMS): A review of spatial attention, neglect, and executive functions and their relationship to stroke. *Journal of Neuroscience*, 35(18), pp. 6453-6467. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.4491-14.2015 | Pradinas-Planner, M., F. Morris, J. B. Datta (2003). Assessment of Unilateral Neglect. *Physical Therapy*, 1 August 2003, 83(8), pp. 752-760. DOI: 10.1093/ptp/83.8.752

Fevereiro 2021

1

Testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral

- Com o propósito de evidenciar, documentar e monitorar os resultados obtidos através do exame neurológico primário, emerge a importância da mobilização de instrumentos/escalas de avaliação do doente com alterações da função cognitiva decorrente do AVC.
- Existem testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral relativamente ao espaço entre pessoal numa distância atemporal:
 - "Star Cancellation Test" (A);
 - "Albert Test" (C);
 - Cópia de desenhos (D e H);
 - "Ola Test" (E);
 - "Line Bisection" (G).
- Exemplos de testes utilizados no diagnóstico de sintomas heterolaterais associados a Negligência Espacial Unilateral e que permitem avaliar a existência de défices associados à inatencionalidade:
 - **Dimensão espacial**, em que a referência é o próprio, por exemplo A e G;
 - **Dimensão alométrica**, em que a referência é a dimensão que observa, por exemplo E e H.

2

Testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral

- Testes do cancelamento, como por exemplo "Star Cancellation Test" (A):
 - Solicitar à pessoa que assinale as estrelas mais pequenas constantes da imagem (manter a folha de papel centrada);
 - Os défices podem ser medidos pela omissão de estrelas assinaladas, tanto do lado direito como no lado esquerdo do papel.

3

A grid of stars with various letters scattered throughout. The letters include: G, DIA, TER, K, E, J, L, ELA, E, N, C, LER, E, MÃO, U, O, ESTRELA, PERNA, SER, M, PERNA. An arrow points to the bottom center.

4

Testes de avaliação de Negligência Espacial Unilateral

- Testes do cancelamento, como por exemplo "Albert Test" (C):
 - Solicita-se que a pessoa marque o meio das linhas dispersas na folha, de modo a obter um "X" (manter a folha de papel centrada);
 - Os défices podem ser medidos pela omissão de linhas assinaladas (considerar na análise o lado direito e o lado esquerdo do papel);
 - Poderá recorrer à análise e quantificação dos défices, o desvio da marca do centro de cada linha.

5

A grid of horizontal lines of varying lengths and positions, used for the Albert Test.

6

Reabilitação Cognitiva à pessoa com AVC:
intervenção do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação

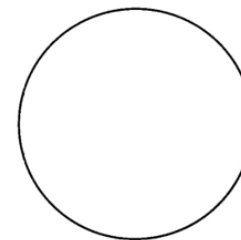
- No **Teste do desenho do relógio (D)** poderão ser solicitados dois exercícios distintos:
 - Num pede-se que sejam colocados os números e os ponteiros numa hora específica, desenhados na face do relógio (o contorno está previamente delimitado);
 - Outro, poderá sugerir-se a cópia da totalidade do relógio a partir de um exemplo disponível (manter a folha de papel contrada);
 - Os défices podem ser avaliados pela capacidade na distribuição adequada dos números na face do relógio, pela colocação dos ponteiros na hora pre-definida ou pela cópia de apenas uma das metades do relógio.



7



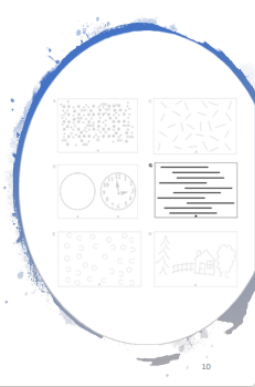
8



9

Reabilitação Cognitiva à pessoa com AVC:
intervenção do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação

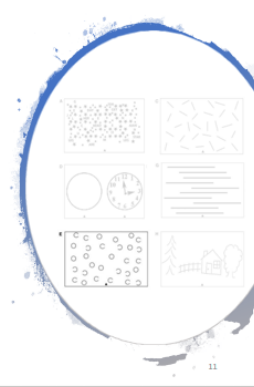
- Teste **"Line Bisection" (G)**:
 - Solicita-se que a pessoa marque o meio das linhas horizontais presentes na folha;
 - Os défices são quantificados pelo desvio da marca do centro de cada linha.



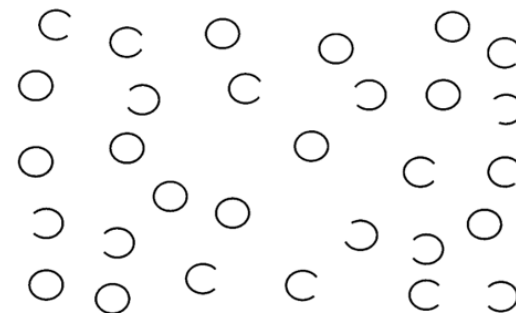
10

Reabilitação Cognitiva à pessoa com AVC:
intervenção do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação

- "Ota Cancellation Test" (E)**:
 - Solicitar para assinalar os círculos que estão completos;
 - Os défices devem ser contabilizados pelo número de círculos completos não assinalados, assim como, o número de falsos positivos.



11



12

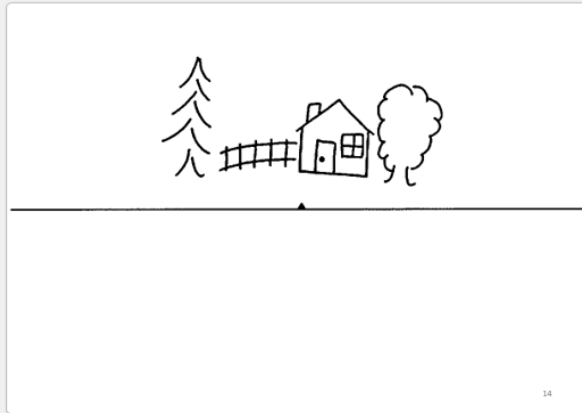
Reabilitação Cognitiva à pessoa com AVC:
intervenção do enfermeiro especialista em
enfermagem de reabilitação

• Teste de cópia de um desenho:

- Solicitar a cópia de um desenho constituído por vários elementos, dispostos horizontalmente ao longo da folha, mas que se encontram centrados na folha apresentada;
- Os défices podem ser valorizados pelas omissões dos objetos presentes na porção direita e/ou esquerda da folha, assim como pelas omissões da porção direita ou esquerda de cada elemento/objeto do desenho.



13



14

Fonte: Chechlac, M., Rotshtein, P., Humphreys, G. (2012). Neuroanatomical Dissections of Unilateral Visual Neglect Symptoms: ALE Meta Analysis of Lesion Symptom Mapping . *Frontiers in Human Neuroscience*. 6(230), pp. 1662 5161. Doi: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00230> || Argye E. Hillis, Melissa Newhart, Jennifer Heidler, Peter B. Barker, Edward H. Herskoviits and Mahaveer Degaonkar (2005). Anatomy of Spatial Attention: Insights from Perfusion Imaging and Hemispatial Neglect in Acute Stroke . *Journal of Neuroscience*, 23 Março 2005, 25 (12), pp. 3161 3167. Doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4468-04.2005> || Prudence Plummer, Meg E Morris, Judith Dunai (2003). Assessment of Unilateral Neglect. *Physical Therapy*, 1 August 2003. 83(8), pp. 732 740. Doi: <https://doi.org/10.1093/ptj/83.8.732>

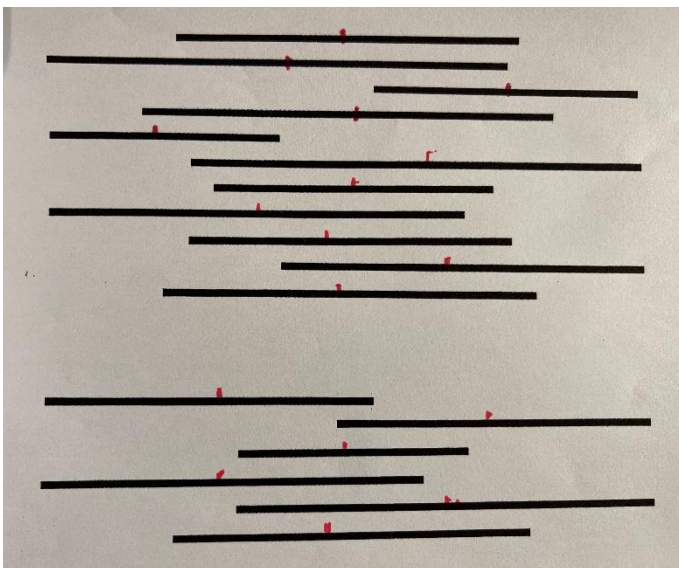
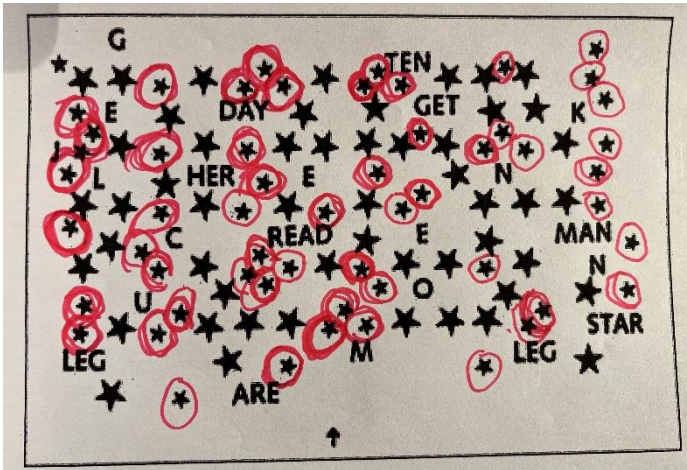
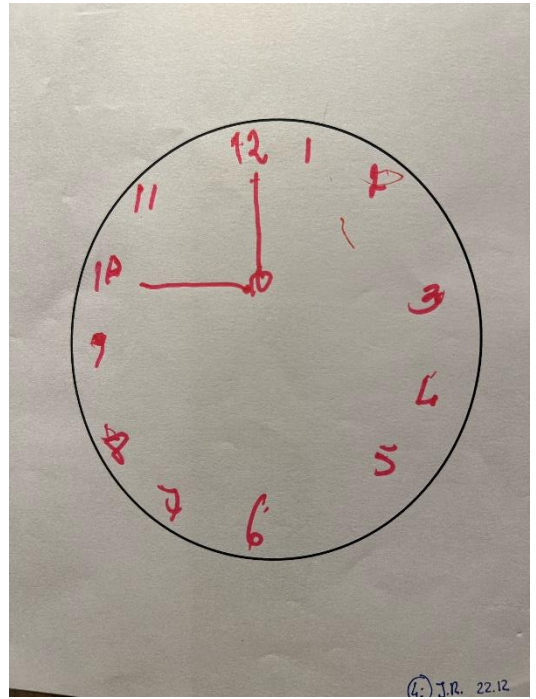
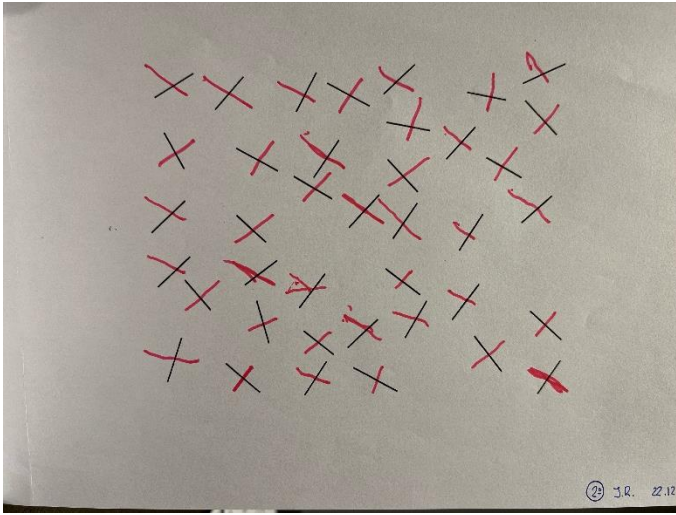
ANEXO XVII – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO SR. J.
(ESCALAS E TESTES)

ANEXO XVII – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO SR. J. (ESCALAS E TESTES)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: Jose R. Idade: 62
 Género: M Data de Nascimento: 2.5.1958
 Escolaridade: 45 anos Data de Avaliação: 22.12.2020

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)		Pontos	
<p>Início [0] Fim [1]</p>		<p>[1]</p>		<p>[1] [1] [0]</p>		<u>3/5</u>	
<p>NOMEAÇÃO</p> <p>[1] [1] [0]</p> <p>gato</p>							<u>2/3</u>
<p>MEMÓRIA</p> <p>Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.</p>		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Sem Pontuação
1º ensaio		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2º ensaio		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<p>ATENÇÃO</p> <p>Leia a sequência de números. (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência. [] 5 4 1 8 7</p> <p>O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [✓] 7 8 1 4 5</p>							<u>1/2</u>
<p>Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros</p> <p>[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAAB</p>							<u>0/1</u>
<p>Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [✓] 73</p> <p>[X] 66 62 [M] 59 [55] [X] 52 42 [X] 45 45</p> <p>4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos</p>							<u>2/3</u>
<p>LINGUAGEM</p> <p>Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. [✓] As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. [✓]</p>							<u>2/2</u>
<p>Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [] 2 (N ≥ 11 Palavras)</p>							<u>0/1</u>
<p>ABSTRACÇÃO</p> <p>Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [0] olho - ouvido [0] trompete - piano</p>							<u>0/2</u>
<p>EVOCAÇÃO DIFERIDA</p> <p>Deve recordar as palavras SEM PISTAS</p>		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
Pista de categoria		[0]	[0]	[0]	[0]	[0]	
Pista de escolha múltipla		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<p>ORIENTAÇÃO</p> <p>[X] [2] Dia do mês [M] Mês [✓] Ano [X] [4] Dia da semana [✓] Lugar [✓] Localidade [✓]</p>							<u>4/6</u>
<p>Adapted by: Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z. Nasreddine MD Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.</p>						<p>www.mocatest.org Examinador: <u>FEER Patricia Oreste</u></p>	
<p>TOTAL <u>71</u></p>						<u>18/30</u>	



ANEXO XVIII – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO SR. R.
(ESCALAS E TESTES)

ANEXO XVIII – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO SR. R. (ESCALAS E TESTES)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

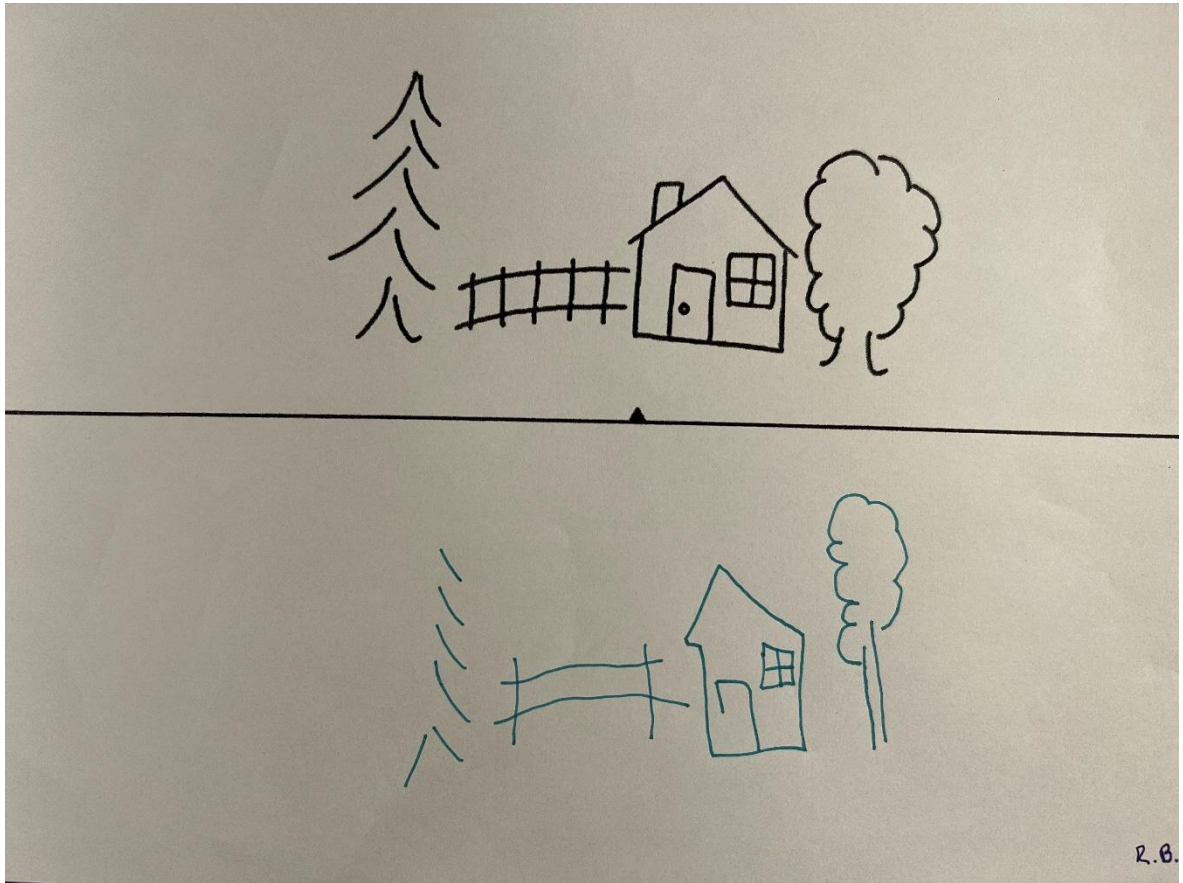
Nome: R. B. Nasreddine Idade: 74
 Género: M Data de Nascimento: 3.5.1947
 Escolaridade: 15 anos Data de Avaliação: 23.02.2021

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos					
<p>[1]</p>	<p>Copiar o cubo</p>	<p>[0]</p>	<p>Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)</p> <p>[1] [0] [0]</p>	Contorno	Números	Ponteiros	2/5
NOMEAÇÃO		Pontos					
<p>[1]</p>	<p>[1]</p>	<p>[1]</p>				3/3	
MEMORIA		Pontos					
<p>Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.</p>	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Sem Pontuação	
1º ensaio	✓	✓	✓	✓	✓		
2º ensaio	✓	✓	✓	✓	✓		
ATENÇÃO		Pontos					
<p>Leia a sequência de números. (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência. [1] 2 7 8 5 4</p>	<p>O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [0] 7 4 2</p>					1/2	
<p>Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.</p>	<p>[0] FBACMNAAJKLBFAKDEAAAJAMOFAB</p>					0/1	
<p>Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [1] 93 [1] 86 [1] 79 [0] 72 [0] 65</p>	<p>4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos</p>					2/3	
LINGUAGEM		Pontos					
<p>Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [1] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala. [1]</p>						2/2	
<p>Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto). [1] 12 (N ≥ 11 Palavras)</p>						1/1	
ABSTRACÇÃO		Pontos					
<p>Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta [1] combolo - bicicleta [1] relógio - régua números</p>						2/2	
EVOCAÇÃO DIFERIDA		Pontos					
<p>Deve recordar as palavras SEM PISTAS</p>	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
Opcional	[M]	[]	[M]	[]	[1]		
<p>Pista de escolha múltipla</p>		✓		✓			
ORIENTAÇÃO		Pontos					
[M] Dia do mês	[M] Mês	[M] Ano	[1] Dia da semana	[1] Lugar	[M] Localidade	6/6	
<p>Examinador: <u>Pahica Oshtra</u></p>						TOTAL	22/30

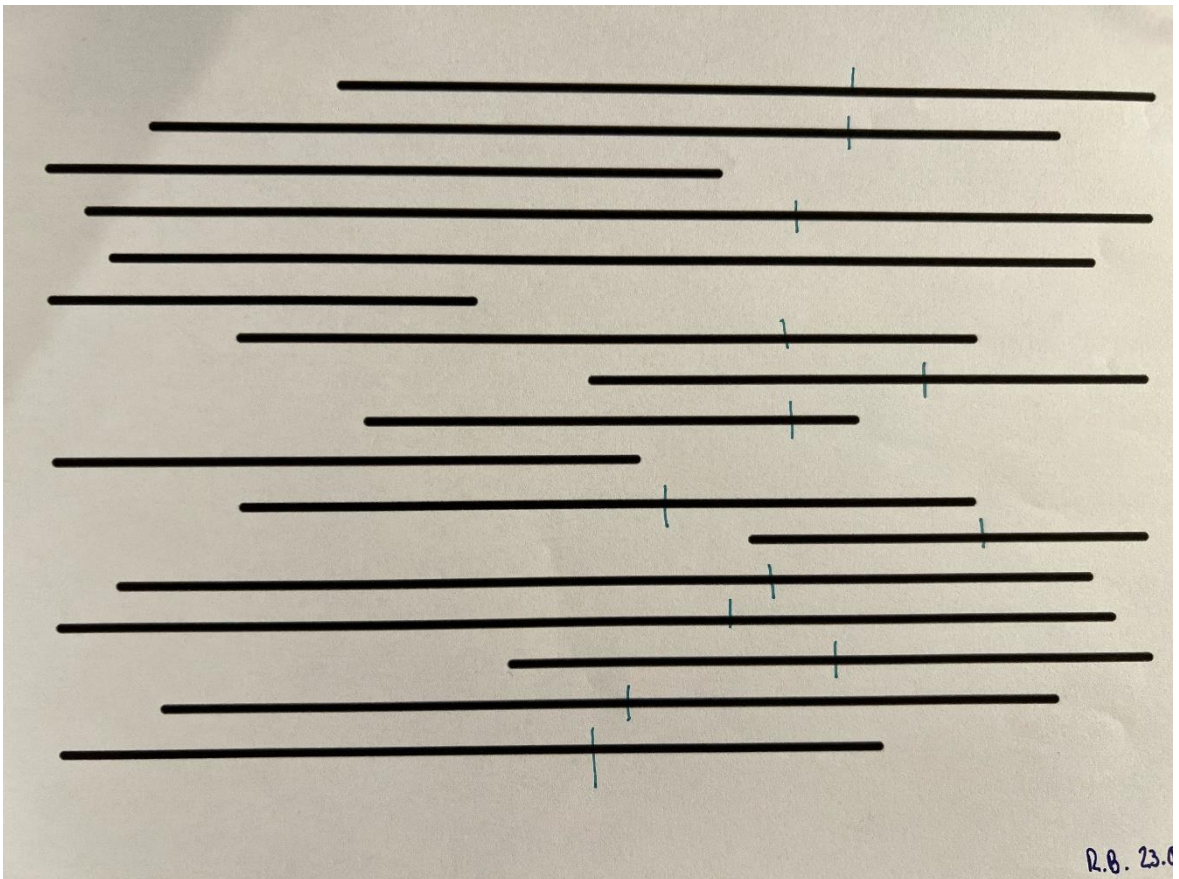
© Z.Nasreddine MD

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

score 11-25 → difícil cognitivo ligeiro



R.B.



R.B. 23.0

ANEXO XIX – MOTRICIDADE FINA: LABIRINTO

ANEXO XIX – MOTRICIDADE FINA: LABIRINTO

